

ISSN 2226-3071

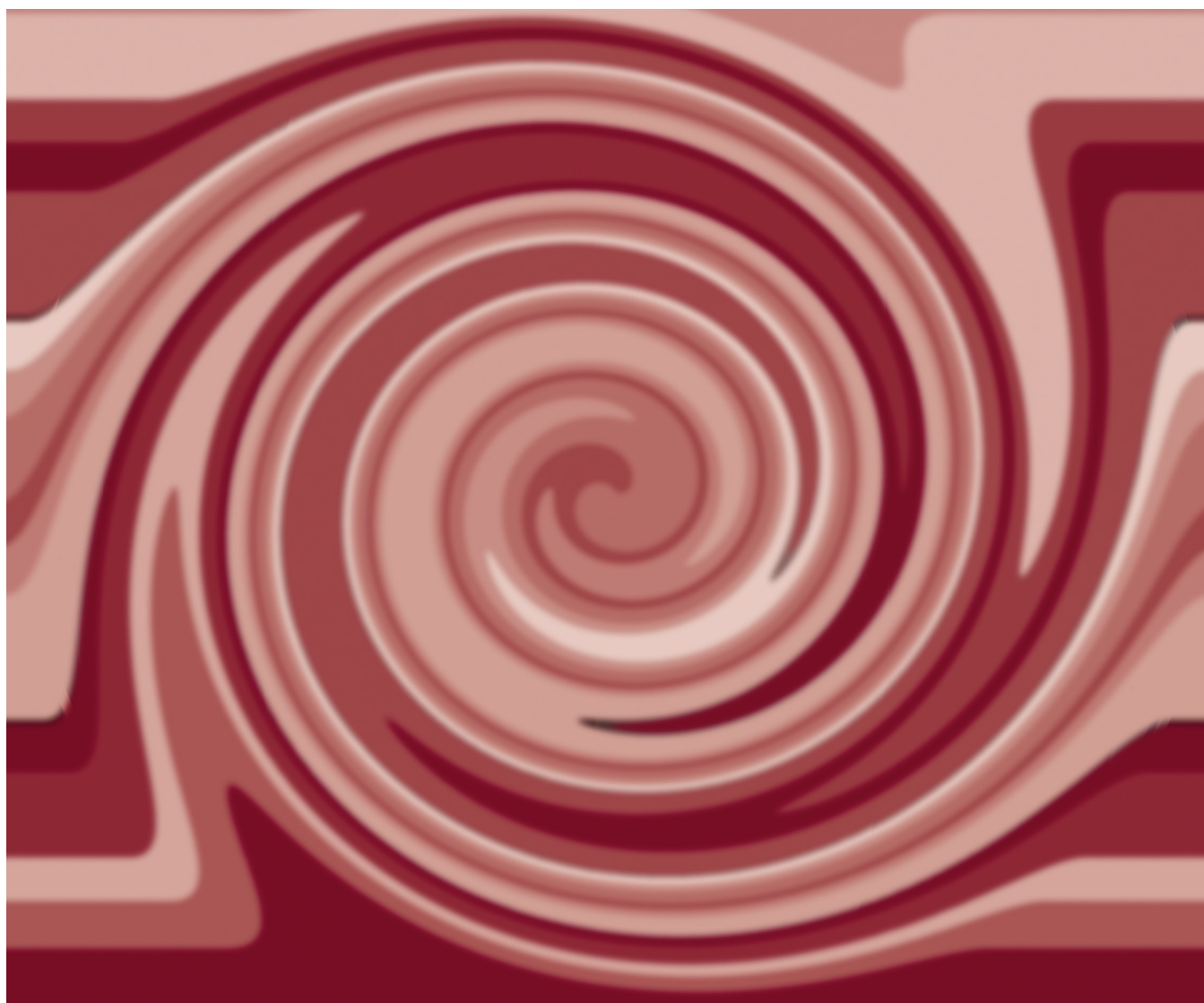


9 772226 307782 >

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА

# КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

*№1 (04) 2013*



THE HOSPITAL

THEORETICAL AND PRACTICAL  
JOURNAL OF FEDERAL MEDICAL AND BIOLOGICAL AGENCY

# ФГБУЗ «КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №122 им. Л.Г. СОКОЛОВА ФМБА РОССИИ»

40 лет со дня основания



## Крупнейший многопрофильный больнично-поликлинический комплекс Высочайший уровень организации лечебного процесса Отличная материально-техническая база

- Поликлинический комплекс, обслуживающий более 1500 пациентов в день.
- Стационар с палатами комфортного пребывания.
- Широкий перечень хирургической помощи по направлениям: общая хирургия, хирургия печени и желчевыводящих путей, урология, гинекология, проктология, сосудистая хирургия, ангиокардиопластика, офтальмология, оториноларингология, хирургия мягких тканей, пластическая и реконструктивная хирургия, хирургическая косметология, нейрохирургия, травматология, челюстно-лицевая хирургия, хирургия эндокринной системы.
- Новейшие методы лечения онкологических заболеваний.
- Более 1000 операций на открытом сердце по современным методикам.
- Экстренная хирургия 24 часа в сутки.
- Лапароскопические и эндоскопические операции.
- Высокотехнологичная медицинская помощь в рамках национальной программы «Здоровье» по брахитерапии, кохлеарной имплантации, тотальной хирургии, эндокринологии, офтальмологии, ЭКО.
- Квалифицированная помощь при общетерапевтической патологии, заболеваниях внутренних органов, сердца, в том числе инфаркте миокарда, неврологических и дерматологических заболеваниях.
- Клиническая лаборатория со службой экспресс-диагностики, иммунологическая лаборатория, лаборатория бактериологических и вирусологических исследований.
- Функциональная и ультразвуковая диагностика на современном оборудовании экспертного класса.
- Весь спектр методик МРТ, одномоментные исследования всего тела с большим пространственным разрешением.
- Новейшая гамма-камера (радионуклидные исследования) с широким диапазоном режимов – динамическом, статическом, томографическом, сканирование скелета пациента.
- Лидирующие позиции в исследованиях методом эндоскопической ультрасонографии (эндоУЗИ).
- Исследования желудочно-кишечного тракта с помощью видеокапсулы – миниатюрной камеры-компьютера.
- Собственная служба скорой медицинской помощи.
- Специальные программы по обследованию в максимально короткий срок на базе приемного отделения.

Единый информационно-справочный центр КБ №122

**363-1-122**

Лицензия № ФС-78-01-002776 от 15.01.2013

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ФЕДЕРАЛЬНОГО  
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА

# КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

THE HOSPITAL

THEORETICAL AND PRACTICAL JOURNAL OF FEDERAL MEDICAL  
AND BIOLOGICAL AGENCY



**40-летию основания**  
**ФГБУЗ «Клиническая больница №122**  
**им. Л.Г. Соколова ФМБА России»**  
**посвящается**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ «КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»** – научный междисциплинарный рецензируемый журнал Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Клиническая больница № 122 им. Л.Г.Соколова Федерального медико-биологического агентства».

**УЧРЕДИТЕЛЬ** – Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая больница №122 им. Л.Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства».

**ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР** – главный врач ФГБУЗ «КБ №122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России» доктор медицинских наук, профессор Я.А.Накатис.

**ГЛАВНЫЙ НАУЧНЫЙ КОНСУЛЬТАНТ** – руководитель ФМБА России, доктор медицинских наук, профессор В.В.Уйба.

**ПРЕДСЕДАТЕЛЬ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ** – директор ФГУ «НИИДИ ФМБА России» академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор Ю.В. Лобзин.

**ПРЕДСЕДАТЕЛЬ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА** – заместитель главного врача ФГБУЗ «КБ №122 им.Л.Г.Соколова ФМБА России» по диагностическим службам доктор медицинских наук, профессор С.В. Кузнецов.

**НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР, ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА** – заместитель главного врача ФГБУЗ «КБ №122 им.Л.Г.Соколова ФМБА России» по научной работе, ученый секретарь Ученого совета доктор медицинских наук А.Н.Дрыгин.

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:** доктор медицинских наук, профессор С.С.Александрин; доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН С.Ф.Багненко; доктор медицинских наук, профессор А.В.Иванченко; доктор биологических наук, профессор, член-корреспондент РАМН С.А.Кетлинский; доктор медицинских наук, профессор В.Р.Рембовский; доктор

психологических наук, профессор М.М.Решетников; доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН В.О.Самойлов; доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН Е.А.Селиванов; доктор медицинских наук, профессор А.С.Симбирцев; доктор медицинских наук, профессор Р.М.Тихилов; доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН В.Х.Хавинсон; доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН Г.Г.Хубулава; доктор медицинских наук, профессор В.Н.Цыган; доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН Ю.К.Янов.

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:** доктор медицинских наук В.П.Акимов; доктор медицинских наук, профессор В.И.Бабияк; доктор медицинских наук, профессор В.Ф.Беженарь; доктор медицинских наук Е.Ю.Бонитенко; доктор медицинских наук, профессор А.Е.Борисов; доктор медицинских наук Н.П.Ванчакова; доктор медицинских наук В.Н.Горбачёв; доктор медицинских наук, профессор А.И.Горелов; доктор медицинских наук, профессор С.И.Горелов; доктор медицинских наук, профессор В.С.Гуревич; доктор медицинских наук А.В.Дячук; доктор медицинских наук А.П.Ельчанинов; доктор медицинских наук, профессор А.М.Иванов; доктор медицинских наук В.А.Кашенко; доктор медицинских наук С.О.Мазуренко; доктор медицинских наук А.В.Малашенко; доктор медицинских наук, профессор Ю.А.Митин; доктор медицинских наук Р.В.Орлова; доктор медицинских наук А.А.Пайвин; доктор медицинских наук, профессор В.Л.Пастушенков; доктор медицинских наук, профессор В.П.Петров; доктор медицинских наук В.Г.Пищик; доктор медицинских наук, профессор А.С.Радилов; доктор медицинских наук, профессор В.А.Ратников; доктор медицинских наук, профессор В.К.Рыжков; доктор медицинских наук, профессор А.Е.Сасюкин; доктор медицинских наук, профессор Н.Ю.Семиголовский; доктор медицинских наук Л.А.Строкова; доктор медицинских наук, профессор Ю.С.Титков; доктор медицинских наук Ю.С.Турлаков; доктор медицинских наук, профессор С.Б.Шустов.

Журнал «Клиническая больница» – периодическое научно-практическое рецензируемое издание.

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия. Свидетельство о регистрации (Роскомнадзор) ПИ № ФС77-46491 от 9 сентября 2011 г. Издаётся ежеквартально. Тираж 500 экз.

Полное или частичное воспроизведение материалов, содержащихся в издании, допускается с письменного разрешения редакции.

Учредитель: Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая больница №122 имени Л.Г.Соколова Федерального медико-биологического агентства».

Адрес редакции: 194291, г. Санкт-Петербург, пр. Культуры, д. 4., тел./факс (812) 559-9762, м.т. +7 (911) 228-6592, e-mail: nauka@med122.com

Изготовлено в ООО «Макс-Дизайн». 192019, г.СПб, наб. Обводного канала, 14, лит."З", пом. 206, 208. Отдано в печать \_\_\_\_\_. Номер заказа № \_\_\_\_\_.

Индекс для подписки в Каталоге российской прессы «Почта России»: 70068

Журнал входит в индекс научного цитирования www.elibrary.ru. Статьи из журнала доступны на сайте www.med122.com



## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Абрамов Е.А., Федорец В.Н.</b> ОСОБЕННОСТИ АВТОНОМНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ТИПОВ И ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП .....	18
<b>Акимов А.Г., Халимов Ю.Ш.</b> МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕХНОГЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПУЛЬМОНОТОКСИКАНТАМИ.....	19
<b>Александров А.Н., Федорец В.Н., Амирасланов А.Ю., Баранова А.В., Кадырова М.В., Хамнагадаев И.А., Дроздов И.В.</b> ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКИ ПОЛЯРИЗАЦИИ ЭЛЕКТРОДОВ SELOX ST 60 .....	20
<b>Амирасланов А.Ю., Дроздов И.В., Цыганков В.Н., Александров А.Н., Баранова А.В., Кадырова М. В., Федорец В.Н., Хамнагадаев И.А.</b> ИМПЛАНТАЦИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА У БОЛЬНОГО С ЕДИНСТВЕННОЙ ЛЕВОЙ ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНОЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) .....	20
<b>Амуров Т.Р., Максимова К.Ю., Спирин А.Б.</b> ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ ОПЕРАЦИЯМ ПО ПОВОДУ НЕВРИНОМ ВЕСТИБУЛОКОХЛЕАРНОГО НЕРВА И ОПУХОЛЕЙ МОСТМОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА.....	21
<b>Аникеева О.Ю.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОЛИЧЕСТВЕННОГО СЕНСОРНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НАЛИЧИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ .....	22
<b>Атюков М.А., Оборнев А.Д., Пищик В.Г.</b> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАТАМЕНИАЛЬНОГО ПНЕВМОТОРАКСА .....	23
<b>Байбеков И.М., Бутаев А.Х., Стрижков Н.А.</b> КРОВОТЕЧЕНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА. ИХ ПРОГНОЗ И ЛЕЧЕНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ .....	24
<b>Бакланов Д.В., Стаценко А.В., Леонтьев О.В.</b> ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ КИСЛОРОДА .....	25
<b>Бармина Н.В., Василец В.М., Бовт И.Г., Позднякова Е.И., Пушкарская О.В.</b> ВЛИЯНИЕ ТОКСИЧЕСКИХ МЕТАЛЛОВ НА СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ И ЗДОРОВЬЕ РАБОТНИКОВ, ЗАНЯТЫХ УТИЛИЗАЦИЕЙ СУДОВ С ЯДЕРНОЙ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ УСТАНОВКОЙ .....	26
<b>Барсуков А.В., Глуховской Д.В., Зобнина М.П., Шустов С.Б., Гордиенко А.В.</b> ОСОБЕННОСТИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЕМНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ .....	27
<b>Бельчикова Л.Н., Суплотова Л.А., Мурычева К.А., Рожнова Н.А., Носиков В.В.</b> ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ RS5219 ГЕНА KSNJ11 С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В РУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ .....	27
<b>Белякова И.В., Мухина П.Н., Воробьева Н.А.</b> ТЕЧЕНИЕ ПОСТИНФАРКТНОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННОЙ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЕЙ .....	28
<b>Бовт И.Г., Василец В.М., Позднякова Е.И., Бармина Н.В., Мичурин В.М.</b> ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ СЛУХА И ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ШУМОВЫХ ВОЗДЕЙСТВИЯХ МЕТОДОМ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ .....	29
<b>Богданов А.Н., Щербак С.Г.</b> ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ .....	30
<b>Бойцова Н.В., Чурсина Р.К., Авдюшкин А.А.</b> ОБ ИТОГАХ ПРОВЕДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН В 2012 ГОДУ... 31	31

<b>Бондарь И.А., Копнина А.С.</b> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО ГАСТРОПАРЕЗА У БОЛЬНЫХ С ДЛИТЕЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА .....	33
<b>Бондарь И.А., Малышева А.С.</b> ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА .....	33
<b>Борода Ю.И.</b> СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕКОНСТРУКЦИИ БОЛЬШИХ ДЕФЕКТОВ НЕРВНЫХ СТВОЛОВ КОНЕЧНОСТЕЙ .....	34
<b>Бородин Н.В., Семиголовский Н.Ю., Захаров Д.А., Малашенко А.В., Дрыгин А.Н.</b> РЕЙТИНГ ЛАБОРАТОРНЫХ МАРКЕРОВ В ПРЕДСКАЗАНИИ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ СЕПСИСОМ (ЛИМФОЦИТЫ, ПРОКАЛЬЦИТОНИН, ТРОПОНИН, Д-ДИМЕР) .....	35
<b>Бутаев А.Х., Пулатов Д.Т., Байбеков И.М.</b> ВЛИЯНИЕ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ФОРМУ ЭРИТРОЦИТОВ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ВНУТРИСОСУДИСТЫМ ЛАЗЕРНЫМ ОБЛУЧЕНИЕМ КРОВИ .....	36
<b>Ванчакова Н.П., Попов А.П., Гелазония Г.Р., Пятницкий А.А., Оропеса Антесана В.Х., Халлайчева В.П.</b> ПСИХИАТРИЯ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ: ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТЕЙ И ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ .....	37
<b>Василец В.М., Бовт И.Г., Бармина Н.В., Позднякова Е.И., Стягова Г.В.</b> МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКОЛОГИИ ПРИ УТИЛИЗАЦИИ СУДОВ С ЯДЕРНОЙ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ УСТАНОВКОЙ .....	38
<b>Васюткова О.А., Цветкова И.Г.</b> ЭПИДЕМИОЛОГИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ .....	39
<b>Верцинский Е.К., Семиголовский Н.Ю., Иванова Е.В., Азанов Б.А.</b> СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ: ЭВОЛЮЦИЯ АЛГОРИТМОВ .....	39
<b>Володина И.В., Минько Б.А., Федорец В.Н.</b> БЕССИМПТОМНЫЕ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП .....	41
<b>Ворохобина Н.В., Зеленина Т.А., Чебыкина О.Е., Земляной А.Б.</b> ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ТЕСТОСТЕРОНОМ У МУЖЧИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ .....	42
<b>Габибов И.М., Филиппов В.Л.</b> ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕВОГИ, СТРЕССА И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ .....	43
<b>Гапонова Т.В., Лиля А.М., Шемеровская Т.Г., Захарова Г.А., Масляева Т.Н.</b> ИЗУЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ЦИТОКИНОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ РЕАКТИВНЫМ АРТРИТОМ .....	44
<b>Гаспарян Э.Г., Осташко Г.О.</b> МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ЖИТЕЛЕЙ БЛОКАДНОГО ЛЕНИНГРАДА .....	45
<b>Горбачев В.Н., Кащенко В.А., Орлова Р.В., Тоидзе В.В., Савельева Т.В., Сишкова Е.А., Солоницин Е.Г., Распереза Д.В.</b> СТРОМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА .....	46
<b>Горбачёва С.А.</b> СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ И ВОДНОГО БАЛАНСА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА .....	46
<b>Горелов В.П., Горелов С.И., Артюшкин А.В., Мухина И.Е.</b> БРАХИТЕРАПИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: РЕЗУЛЬТАТЫ 5-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ .....	47
<b>Горелов С.И., Щербаковский Е.З.</b> ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ХЛОРИНА Е6 ДЛЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ .....	48

<b>Григорьев В.А.</b> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ ЛПУ .....	49
<b>Григорьев В.А.</b> ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ В МЕДИЦИНЕ .....	49
<b>Григорьев В.Г., Горелов С.И.</b> ЯТРОГЕННЫЕ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ: ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И СПОСОБЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ .....	50
<b>Гришаев С.Л., Шарова Н.В., Орлова Е.С., Герлах Н.О.</b> ЛЕГОЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В КЛИНИКАХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ .....	51
<b>Гуляев Д.А., Белов И.Ю., Чеботарев С.Я., Примак Н.А., Шевченко Е.Н., Кондюков Д.А.</b> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ КРЫЛОВИДНО-НЕБНОЙ И ПОДВИСОЧНОЙ ЯМОК С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ В ЗАНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЕ ПРОСТРАНСТВО И СТРУКТУРЫ ВИСОЧНОЙ КОСТИ .....	52
<b>Демина О.А.</b> РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТА-ЭКСПЕРТА В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ГРУППЫ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ В ФГБУЗ КБ №122 им. Л.Г. СОКОЛОВА ФМБА РОССИИ .....	53
<b>Дудина О.В., Шапорова Н.Л.</b> ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ СТРУКТУРЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ .....	54
<b>Дульский В.А., Федорец В.Н., Мозерова Е.М.</b> ВЗАИМОСВЯЗЬ ВЫЖИВАЕМОСТИ МУЖЧИН СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ КОРРИГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА QT ЭКГ .....	55
<b>Ельчанинов А.П., Артюшкин А.В., Светличная И.В., Кислова Е.К., Саморукова Е.М., Чайковский Ю.Н., Арестова Л.Е., Малолеткина Е.А., Макаров А.О., Дорофеева В.В., Смирнова А.А.</b> ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПОДТИПОВ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА И ТРОМБОФИЛИЧЕСКИЙ ФАКТОР РИСКА РЕСТЕНОЗОВ ПОСЛЕ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕКТОМИИ .....	56
<b>Еременко Т.В., Колосков В.А., Котова С.М.</b> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ПОЛИМОРФИЗМОМ ГЕНА PPARG .....	58
<b>Жигулина А.И., Тыренко В.В., Федорец В.Н.</b> ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ АКЦЕНТУАЦИЙ ТЕМПЕРАМЕНТА .....	59
<b>Жигулина А.И., Тыренко В.В., Федорец В.Н.</b> ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ АКЦЕНТУАЦИЙ ТЕМПЕРАМЕНТА .....	60
<b>Жируев М.С., Ельсиновский В.И., Боробов Ю.М.</b> ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ .....	61
<b>Журавлёва Ю.Ю., Рахимова Р.А., Байбеков И.М.</b> ВЛИЯНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА НА ФОРМУ ЭРИТРОЦИТОВ И МИКРОЦИРКУЛЯЦИЮ И ВОЗМОЖНОСТИ ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В ЕГО КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ .....	62
<b>Загородникова К.А., Настас М.А., Топанова А.А., Шумков В.А.</b> УЧАСТИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ OATP1B1 521T>C И VSCR 421C>A В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ СТАТИНОВ .....	63
<b>Занозина О.В., Боровков Н.Н., Щербатюк Т.Г., Рунов Г.П., Занозина Ю.А.</b> ВОЗМОЖНОСТЬ ВЛИЯНИЯ НА МЕТАБОЛИЧЕСКУЮ ПАМЯТЬ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТА «ДИБИКОР» .....	64
<b>Зарьков К.А., Егорова Г.И., Каменьков А.А.</b> ВНЕДРЕНИЕ НОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ В ФГБУЗ ЦМСЧ №165 ФМБА РОССИИ .....	64

<b>Зарьков К.А., Егорова Г.И., Матвиенко А.В.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ .....	65
<b>Зарьков К.А., Егорова Г.И., Тюнтина М.М.</b> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ (НА ОСНОВЕ ОПЫТА РАБОТЫ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЦМСЧ № 165 ФМБА РОССИИ .....	66
<b>Зарьков К.А., Захарова Н.М., Егорова Г.И.</b> ВОЗМОЖНОСТИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ В ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ .....	67
<b>Зарьков К.А., Лавер Б.И., Егорова Г.И.</b> СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПРОФПАТОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РАБОТНИКАМ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ .....	68
<b>Захаров Д.А., Семиголовский Н.Ю., Бородин Н.В., Красносельский К.Ю.</b> ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У РЕАНИМАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ .....	69
<b>Зеленина Т.А., Ворохобина Н.В., Белеванцева Н.Р.</b> ВЛИЯНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЭСТРАДИОЛОМ НА ТЕЧЕНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ .....	70
<b>Зинченко Е.И., Пищик В.Г., Атюков М.А., Коваленко А.И.</b> ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ – СОВРЕМЕННЫЙ И ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ .....	71
<b>Иванов С.Н.</b> ВЕГЕТАТИВНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ КРОВОТОК У ПОДРОСТКОВ С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ АСТЕНИЕЙ ПО ГИПЕРТЕНЗИВНОМУ ТИПУ .....	72
<b>Иванова А.В., Дудко И.В., Яковлева И.П., Шляпникова О.В.</b> ПРИЧИНЫ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ .....	73
<b>Иоакимова К.Г., Семиголовский Н.Ю., Малашенко А.В., Ратникова А.С.</b> КЛИНИЧЕСКИЕ МАСКИ И МОРФОЛОГИЯ СПОНТАННЫХ РАЗРЫВОВ ВОСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ .....	74
<b>Катамадзе Н.О., Берштейн Л.Л., Сайганов С.А., Гришкин Ю.Н.</b> ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРАДИЦИОННЫХ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА С ТОЛЩИНОЙ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА СОННЫХ АРТЕРИЙ .....	75
<b>Кашченко В.А., Сишкова Е.А., Солоницын Е.Г., Распереза Д.В., Лобач С.М., Тинякова Т.В., Воробьев С.Л.</b> ЭНДОСОНОГРАФИЯ И ТОНКОИГОЛЬНАЯ АСПИРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ ЭНДОСОНОГРАФИИ: ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ, ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ .....	75
<b>Комиссарова Е.С., Стронгин Л.Г., Тезяева С.А., Беляева Н.Г.</b> ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА (СД2) В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ (ОИТ) ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ .....	76
<b>Королев Б.Е.</b> ДЕГЕНЕРАТИВНАЯ АОРТАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ .....	77
<b>Костанян Э.М., Горелов С.И., Горелов В.П., Григорьев В.Г.</b> УРЕТРАЛЬНЫЕ СТЕНТЫ В ЛЕЧЕНИИ ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ .....	78
<b>Котенко К.В., Корчажкина Н.Б., Борисов А.А., Петрова М.С.</b> НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ .....	79
<b>Курникова Е.А., Осадчий А.М., Маринин В.А., Федорец В.Н., Лебедева У.В.</b> СОСТОЯНИЕ СИНОАТРИАЛЬНОГО УЗЛА У БОЛЬНЫХ С УЗЛОВЫМ ЗАГРУДИННЫМ ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ ....	80
<b>Лебедева Е.В., Шерстнов М.Ю.</b> ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ .....	81

<b>Лебедь О.Н., Пивень Д.В., Бойко Т.В.</b> ОПЫТ ЧАСТНО-ГОСУДАРСТВЕННОГО ПАРТНЕРСТВА В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ГЕМОДИАЛИЗНОЙ ПОМОЩИ .....	83
<b>Левина Л.И., Бен Рхума Л.</b> ВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И СТЕПЕНЬ ИХ ОБРАТИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА .....	83
<b>Леденцова С.С., Федорец В.Н., Казанцева Н.С.</b> ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА РАЗЛИЧНЫХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ТИПОВ И ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП .....	84
<b>Лясникова М.Б., Белякова Н.А., Сусликова Н.О.</b> ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ И ПОКАЗАТЕЛИ «СОСТАВА ТЕЛА» У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ .....	85
<b>Мазуров В.И., Жугрова Е.С., Долгих СВ., Рипачев В.В.</b> ОЦЕНКА ПЕРЕНОСИМОСТИ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ И ТОЦИЗУЛИМАБА В КОМБИНАЦИИ С МЕТОТРЕКАТОМ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ .....	86
<b>Мазуров В.И., Фролова М.А.</b> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АМЛОДИПИНА В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ .....	86
<b>Мазуров В.И., Фролова М.А.</b> СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ .....	87
<b>Макарова К.С., Сайфутдинов Р.Г.</b> РОЛЬ ЖЕЛЧНЫХ КИСЛОТ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ .....	88
<b>Максимов Р.В., Дрыгин А.Н., Шустов С.Б.</b> ВЛИЯНИЕ ИНСУЛИНТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА НА АКТИВНОСТЬ ЦИКЛАЗНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ .....	89
<b>Максимов Р.В., Дрыгин А.Н., Шустов С.Б.</b> СХОДСТВО ИЗМЕНЕНИЙ ЦИКЛАЗНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА .....	90
<b>Максимова К.Ю.</b> ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА VOCASTIM ПРИ НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ЭЛЕКТРОАРТИКУЛЯТОРНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТОВ И ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ .....	91
<b>Маринин В.А., Федорец В.Н., Осадчий А.М., Лебедев Д.С., Курникова Е.А.</b> СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СТИМУЛЯЦИИ ИЗ ВЕРХУШКИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА И МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ НА ТЕЧЕНИЕ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ .....	92
<b>Марова С.С.</b> КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И КОНТРОЛЬ ТЕЧЕНИЯ НАД АЛЛЕРГОЗАМИ (БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ) В СОЧЕТАНИИ С ГИПОЛАКТАЗИЕЙ .....	93
<b>Мартемьянов В.Ф., Стажаров М.Ю., Мозговая Е.Э., Бедина С.А., Зборовская И.А., Галаева О.Ю.</b> АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА В ЛИЗАТАХ ЛИМФОЦИТОВ БОЛЬНЫХ РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ .....	94
<b>Мартынова Л.В., Лиля А.М., Лапин С.В., Уваров С.Ю., Рипачев В.В.</b> ВЛИЯНИЕ АНТИТЕЛ К ИНФЛИКСИМАБУ НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ИНФУЗИОННЫХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ .....	95
<b>Медоева А.С., Тотров И.Н., Хетагурова З.В., Обыденков В.И.</b> РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ОСТЕОАРТРОЗОМ .....	95
<b>Мелентьева А.А., Барышева О.Ю., Зуев А.В., Демьяненко Д.Г., Захарова О.В., Бутенко М.В., Хмельевская Я.Э., Хенкина А.С., Хейфец Л.М., Стратегопуло В.А.</b> ПРОБЛЕМА КАЛЬЦИФИЦИРУЮЩЕЙ УРЕМИЧЕСКОЙ АРТЕРИОЛОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ .....	96



<b>Мельник М.Г., Мерзликин Л.А.</b> ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ СУЛЬФАТОМ МАГНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЛЕГочНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ .....	98
<b>Мельникова С.А., Аржанухина О.О., Демидов В.Е.</b> ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕХАНИЗМ МАРКЕТИНГА И ИНВЕСТИЦИИ В БУДУЩЕЕ .....	98
<b>Митин Ю.А., Вобликова Е.Ю., Малков А.Н.</b> ХАРАКТЕРИСТИКА Т-СИСТЕМЫ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП .....	100
<b>Митин Ю.А., Вобликова Е.Ю., Никитин В.Ю., Сухина И.А.</b> ПРОЦЕССЫ АКТИВАЦИИ Т-ЛИМФОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА .....	101
<b>Мозерова Е.М., Дульский В.А., Федорец В.Н.</b> ОЦЕНКА ВЫЖИВАЕМОСТИ ЖЕНЩИН СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ЧАСТОТЕ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ СОКРАЩЕНИЙ .....	102
<b>Мустафин Р.Н., Рябоконе А.Г.</b> ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ....	103
<b>Нагибович О.А., Кан Е.А.</b> ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ЛИПИДСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ .....	104
<b>Накатис Я.А., Червинская А.В., Горелов А.И., Василец В.М., Позднякова Е.И., Бойцова Н.В., Кучеренко Н.Г., Прокопьева Л.С.</b> ОПЫТ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И РЕСПИРАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ «ЗДОРОВЬЕ ЛЕГКИХ».....	105
<b>Накатис Я.А., Портной О.А., Кузнецов С.В.</b> ОПЕРАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ КАК СРЕДСТВО ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ РАБОТЫ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ....	106
<b>Наливайко Я.Н., Клочева Е.Г., Котова С.М.</b> НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ .....	108
<b>Немировский В.С., Раймуев К.В., Спиридонова Т.В., Соловьева О.И., Свирида Д.А.</b> ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ ИНТЕРФЕРОНА ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ И РЕАКТИВНОМ (ЭНТЕРОГЕННОМ) АРТРИТЕ ....	108
<b>Никитин В.Ю., Митин Ю.А., Вобликова Е.Ю.</b> ДИАГНОСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ В-ЗВЕНА ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ НСV-ИНФЕКЦИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ .....	109
<b>Николаева О.К., Накатис Я.А.</b> ОПЛАТА ТРУДА ПЕРСОНАЛА НА ОСНОВЕ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ .....	110
<b>Октябрьская И.В., Беляева И.Б., Ташлыков В.А.</b> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АМИТРИПТИЛИНОМ ИЛИ ТРАЗОДОНОМ (ТРИТТИКО) .....	111
<b>Орлов А.А., Шерстнов М.Ю., Петровский С.Г.</b> ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ №122 .....	112
<b>Парцерняк С.А., Шабров А.В., Федосеев Г.Б., Болдуева С.А., Трофимов В.И., Симаненков В.И., Ванчакова Н.П.</b> НОВЫЕ СМЫСЛЫ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ТЕРАПИЯ» В УСЛОВИЯХ ПОЛИМОРБИДНОСТИ ВНУТРЕННЕЙ ПАТОЛОГИИ И УЗКОСПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МОДЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....	114
<b>Петрова М.Н.</b> ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ НА СЕВЕРЕ КАК ПРЕДИКТОР ПОДАГРЫ .....	115
<b>Петрова Ю.А., Кутергин А.В., Петров И.М., Медведева И.В.</b> КОНЦЕНТРАЦИЯ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И ПРОГНОЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ МАССЫ ТЕЛА .....	116

<b>Пирская Т.Н.</b> НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ .....	117
<b>Пищугина А.В., Белякова Н.А., Иванов А.Г.</b> ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У СОТРУДНИКОВ КАЛИНИНСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ ....	118
<b>Плоткин В.Я., Азанчевская СВ., Иващенко Т.Э., Тимошина М.А., Костючек И.Н., Зарипова З.А., Степаняц М.Е., Бобровская Э.Д., Сергеева К.Л.</b> ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ: ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ .....	118
<b>Порошина Е.Г., Вологодина И.В.</b> ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ .....	119
<b>Потехин Н.П., Фурсов А.Н., Чернавский СВ., Дроздова И.Н.</b> ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ .....	120
<b>Разумова Д.В.</b> РОЛЬ СИСТЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ УБОРКИ И ДЕЗИНФЕКЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....	121
<b>Разумова Д.В., Дрыгин А.Н.</b> КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА УБОРКИ И ДЕЗИНФЕКЦИИ ЛПУ – ENCOMPASS .....	122
<b>Ребров А.П., Гайдукова И.З.</b> ПАННИКУЛИТ ВЕБЕРА-КРИСЧЕНА И СЕПСИС КАК ВЗАИМОСВЯЗАННЫЕ СОСТОЯНИЯ .....	123
<b>Рембовский В.Р., Янно Л.В., Павлова А.А., Конева Т.А.</b> ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ КОНТИНГЕНТА С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ПРОФПАТОЛОГИИ ПРИ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ....	124
<b>Рипачев В.В., Трофимов Е.А., Жугрова Е.С., Лиля А.М.</b> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИМФАДЕНОПАТИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ .....	125
<b>Румянцева Д.Г.</b> АНАЛИЗ КОМОРБИДНОГО ФОНА У МУЖЧИН С ОСТЕОПОРОЗОМ В ЯКУТСКЕ .....	126
<b>Саблин О.А., Михайлов Н.В., Сварваль А.В.</b> ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ HELICOBACTER PYLORI .....	127
<b>Савельев СВ., Чекавская В.В., Селищева А.А., Прощина А.Е., Кривова Ю.С.</b> НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА .....	128
<b>Сайганов С.А., Хурцилава О.Г.</b> ВЛИЯНИЕ ПЕРВИЧНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ НА ДИНАМИКУ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ ОБОИХ ЖЕЛУДОЧКОВ .....	129
<b>Сапегин А.А., Семиголовский Н.Ю., Дрыгин А.Н.</b> ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ, СТАТИНЫ И «БОЛЕЗНИ СТАРОСТИ» .....	130
<b>Сашко С.Ю., Исаков В.Д., Лебедева Т.В.</b> ВОЗМОЖНОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИЗНАКОВ ИЗНОШЕННОСТИ РЕЗИНОВОЙ СЛЕДОБРАЗУЮЩЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРЕДМЕТОВ ТРАВМЫ ПУТЕМ МИКРОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ .....	131
<b>Светликов А.В., Карев А.В., Мельников М.В., Рыжков В.К., Боробов Ю.М., Литвиновский С.В., Галкин П.А., Шаповалов А.С., Гамзатов Т.Х.</b> 5-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ АНЕВРИЗМ АОРТЫ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ – СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ .....	132
<b>Светликов А.В., Сорокоумов В.А., Богатенкова Ю.Д., Лукин С.В., Боробов Ю.М., Литвиновский С.В., Галкин П.А., Шаповалов А.С., Гамзатов Т.Х.</b> МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНСУЛЬТА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ – МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ? .....	133
<b>Светличная И.В., Ельчанинов А.П., Малашенко А.В., Чайковский Ю.Н., Кислова Е.К., Арестова Л.Е., Власова И.А., Саморукова Е.М., Малолеткаина Е.А., Макаров А.О.</b> ПСЕВДОИНСУЛЬТ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ .....	134

<b>Семиголовский Н.Ю., Азанов Б.А., Верцинский Е.К., Иванова Е.В., Дмитриев М.И., Воронов А.Г.</b> ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕВОКАРНИТИНА У БОЛЬНЫХ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА (ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ, ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ) .....	135
<b>Семиголовский Н.Ю., Верцинский Е.К., Агасиян А.Л., Ратникова А.К.</b> АНТАГОНИСТЫ КАЛЬЦИЯ КАК СРЕДСТВО ВЫБОРА У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ КАРДИОРЕАНИМАЦИИ .....	136
<b>Сергеева В.В., Бобылева Т.А., Родионова А.Ю.</b> ГЕМОДИНАМИКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ .....	136
<b>Симаненков В.И., Ильяшевич И.Г., Коновалова Н.В.</b> ВОЗМОЖНОСТИ ПРОБИОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ .....	137
<b>Скопец И.С., Везикова Н.Н., Марусенко И.М., Малыгин А.Н.</b> ОЦЕНКА АМБУЛАТОРНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ .....	138
<b>Скоромец А.А., Федорев В.Н., Федорев Д.В., Казанцева Н.С., Леденцова С.С.</b> СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ, КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ЛИЦ ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ТИПА А С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП .....	140
<b>Сметанина С.А., Суплотова Л.А., Плотников Н.В.</b> ЗНАЧЕНИЕ АДИПОНЕКТИНА КАК ФАКТОРА РИСКА ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА .....	142
<b>Смирнова Е.Н., Мишустина Е.Н.</b> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ВАРИАНТЫ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ АНДРОГЕНДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ У МУЖЧИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ .....	142
<b>Соловьева О.И., Немировский В.С., Калинина Н.М., Свиридо Д.А.</b> ДИСБИОЗ И МИКРОБНЫЕ ЭНДОТОКСИНЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА .....	143
<b>Степанова А.В., Смирнова Е.Н.</b> ИНТЕНСИФИКАЦИЯ ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ПИОГЛИТАЗОНОМ .....	144
<b>Стронгин Л.Г., Григорян И.Г., Беляева Н.Г., Густов А.В.</b> ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ .....	145
<b>Тагирова Е.Р., Барнаулова С.О.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ ГИРУДОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ .....	145
<b>Творогов Д.А., Акимов В.П., Дваладзе Л.Г., Горелов С.И.</b> ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ .....	146
<b>Тельнова М.Э., Петунина Н.А., Кочетков Я.А.</b> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ СОЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОГИ С ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С ОЖИРЕНИЕМ, НАХОДЯЩИХСЯ НА РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ТЕРАПИИ .....	147
<b>Титков А.Ю., Семиголовский Н.Ю., Титков Ю.С., Хмельницкий А.В.</b> МАТЕРИАЛЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ТРОМБОЗА КОРОНАРНЫХ СТЕНТОВ .....	148
<b>Титков А.Ю., Титков Ю.С., Семиголовский Н.Ю.</b> О РЕДКОМ ФЕНОМЕНЕ ФИСТУЛ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА .....	149
<b>Титков Ю.С., Семиголовский Н.Ю., Титков А.Ю., Азанов Б.А., Верцинский Е.К., Иванова Е.В.</b> ОСОБЕННОСТИ ВАЗОСПАСТИЧЕСКИХ ИНФАРКТОВ МИОКАРДА (КАРДИОМИОПАТИИ ТАКО-ТСУБО) .....	150
<b>Тоидзе В.В., Кащенко В.А., Горбачев В.Н., Васюкова Е.Л., Седнев С.П.</b> СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ .....	151
<b>Тотров И.Н., Хетагурова З.В.</b> МАРКЕРЫ КОСТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ .....	152

<b>Тотров И.Н., Хетагурова З.В., Амбалова С.А., Купеева А.М., Джигоева И.К.</b> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФЛИКСИМАБА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ И АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ В РСО АЛАНИЯ .....	153
<b>Троик Е.Б., Шерстнов М.Ю.</b> ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ЛАКТАЦИИ .....	153
<b>Тягунов А.Е., Александров А.Н., Амирасланов А.Ю., Баранова А.В., Кадырова М.В., Хамнагадаев И.А., Дроздов И.В., Федорец В.Н.</b> ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ АКТИВАЦИИ ФУНКЦИИ AUTOMATIC CAPTURE СИГНАЛА У ЭЛЕКТРОДОВ ЭЛБИ 216-58 ПО КРИТЕРИЮ АМПЛИТУДЫ E/R СИГНАЛА .....	155
<b>Уледева Л.В., Зыкова Т.А.</b> ОСОБЕННОСТИ ДИСЛИПИДЕМИИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ .....	156
<b>Ушаков И.Б., Воронков Ю.И., Ардашев В.Н., Шаройко М.В.</b> СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В АВИАЦИОННОЙ И КОСМИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ .....	156
<b>Федорец В.Н., Вологодина И.В., Минько Б.А., Порошина Е.В.</b> КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ .....	157
<b>Филиппов В.Л., Рембовский В.Р., Филиппова Ю.В., Касьяненко Е.С.</b> РОЛЬ И МЕСТО ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАБОТАЮЩИМ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ .....	158
<b>Фролов Д.С., Халимов Ю.Ш., Шустов С.Б.</b> КОРОНАРНЫЙ КРОВОТОК У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ВОЗРАСТНЫМ АНДРОГЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ .....	161
<b>Червинская А.В., Конеченкова Н.Е., Назарова Л.В., Матросова Л.М.</b> УПРАВЛЯЕМАЯ ГАЛОТЕРАПИЯ ДЛЯ РЕСПИРАТОРНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ .....	162
<b>Черемисина А.Ю., Сайфутдинов Р.Г., Исмагилов М.Ф.</b> ОЦЕНКА СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ТИПА ВЕГЕТАТИВНОГО РЕАГИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ РАЗНЫХ СТАДИЙ .....	163
<b>Шафигуллина З.Р., Великанова Л.И., Ворохобина Н.В., Протащик Д.В., Обьедкова Е.В.</b> ИНФОРМАТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА .....	164
<b>Шемеровский К.А.</b> ХРОНОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПАТОГЕНЕЗУ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ .....	164
<b>Шишкин А.Н.</b> МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И ВНУТРЕННЯЯ ПАТОЛОГИЯ .....	165
<b>Шулико Л.А., Дячук А.В., Щербаковский Е.З., Дрыгин А.Н.</b> ПРИМЕНЕНИЕ ФЛУОРЕСЦЕНТНОГО МЕТОДА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ .....	166
<b>Шустов С.Б., Свистов А.С., Сухов В.Ю., Богданова Е.А.</b> ОСОБЕННОСТИ ПЕРФУЗИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА .....	166
<b>Щукина О.Б.</b> ПРОБЛЕМЫ ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ КРОНА .....	168
<b>Южакова Е.В., Смирнова Е.Н.</b> РАССТРОЙСТВА МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ПОСТМЕНОПАУЗЫ ПРИ НАЛИЧИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА .....	169
<b>ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ .....</b>	170





## ГУБЕРНАТОР САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

**Уважаемый Яков Александрович!**

Сердечно поздравляю Вас и возглавляемый Вами коллектив с 40-летием со дня основания Клинической больницы №122 им. Л. Г. Соколова!

Для ленинградцев-петербуржцев больница стала символом качественной медицинской помощи.

Прославленное медицинское учреждение всегда шагало в ногу со временем.

Сегодня ваша больница, оснащенная самым современным оборудованием, прочно входит в число лидеров петербургского здравоохранения. Здесь работают люди с большим сердцем, преданные врачебному долгу.

Вы дарите здоровье, а зачастую жизнь многим и многим людям, которые бесконечно благодарны вам за помощь и внимание. Это главный и поистине бесценный результат деятельности вашего высокопрофессионального и сплоченного коллектива.

Желаю Вам и всем сотрудникам больницы крепкого здоровья, благополучия, успехов в благородном труде на благо Санкт-Петербурга!

**Губернатор Санкт-Петербурга  
Г. С. Полтавченко**



## **ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ СОБРАНИЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**

**Уважаемый Яков Александрович!  
Дорогие друзья!**

От имени депутатов Законодательного собрания Санкт-Петербурга поздравляю вас с замечательным юбилеем – 40-летием со дня основания больницы!

Вся ваша жизнь посвящена самой гуманной на земле профессии – профессии врача. Клиническая больница №122 является одним из ведущих медицинских центров Санкт-Петербурга. Сохраняя традиции старой школы отечественной медицины, клиника активно развивается, внедряются новейшие технологии, используется современное диагностическое и лечебное оборудование.

Вы по праву заслужили почет и уважение петербуржцев. Высокий профессиональный уровень сотрудников, стремление соответствовать требованиям современной жизни и, самое главное, заботливое и внимательное отношение персонала к пациентам – это все наилучшим образом характеризует работу всего коллектива больницы.

В день юбилея примите слова глубокой благодарности и признательности за ваш самоотверженный ежедневный труд.

Желаю всем вам крепкого здоровья, благополучия, дальнейшей успешной деятельности, претворения в жизнь всего задуманного!

Будьте счастливы!

**Председатель  
Законодательного собрания Санкт-Петербурга  
В. С. Макаров**



## КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

### **Уважаемый Яков Александрович!**

От имени Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга и от себя лично сердечно поздравляю Вас и коллектив больницы с 40-летием со дня ее основания!

Свой юбилей Вы встречаете сплоченным коллективом высококвалифицированных специалистов, новыми достижениями в деле оказания качественной медицинской помощи жителям нашего прекрасного города.

Клиника в настоящее время – это уникальный крупный стационар, который по праву считается аккумулятором передового опыта медицинской науки.

Сегодня в больнице широко применяются высокотехнологичные методы диагностики и лечения, создан крупный научно-медицинский комплекс с новейшим медицинским оборудованием и профессиональным коллективом, созданы комфортные условия для пациентов и персонала.

Высокий профессионализм, умение решать задачи любой степени сложностинискали Вам уважение коллег и медицинской общественности.

Убежден, что применение новых технологий, глубокие научные исследования, самоотверженная работа вашего коллектива обеспечат дальнейшее динамичное развитие клиники.

В этот знаменательный день, уважаемый Яков Александрович, желаю Вам и Вашим сотрудникам новых ярких достижений, крепкого здоровья и благополучия!

**Председатель Комитета по здравоохранению  
Санкт-Петербурга  
В. М. Колабутин**



## ФЕДЕРАЛЬНОЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЕ АГЕНТСТВО (ФМБА РОССИИ)

### Уважаемый Яков Александрович!

От имени Федерального медико-биологического агентства сердечно поздравляю Вас и коллектив Клинической больницы №122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России с 40-летием со дня основания!

Трудно переоценить значение медицины в жизни человека и человечества в целом. Уже сорок лет, тщательно храня традиции школы отечественной медицины и развивая новейшие медицинские технологии, медицинские работники, люди высокого общественного долга, несут ответственность и проявляют постоянную заботу о здоровье своих пациентов, возвращая их к полноценной жизни.

В настоящее время, как и в момент своего основания, КБ №122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России остается клиникой промышленной медицины: обеспечивает оказание специализированной медицинской помощи сотрудникам и ветеранам предприятий атомной и судостроительной отрасли, работа которых связана с особо опасными условиями труда, а также является одним из крупнейших многопрофильных медицинских учреждений Санкт-Петербурга, включающих поликлинику, стационар и более 20 медицинских центров, оснащенных по стандарту лучших клиник мира.

Именно поэтому от представителей самой гуманной профессии ежедневно, ежечасно требуется верность профессиональному долгу, человеческая и нравственная стойкость. Всеми этими качествами, безусловно, обладают медицинские работники КБ №122. Повседневная забота о своих пациентах наряду с современными методами лечения и обследования помогают им сохранить трудоспособность и радость жизни.

Пусть Ваш профессионализм, активная жизненная позиция, а также благородство, стремление помочь людям в полной мере найдут отражение в сердцах наших благодарных пациентов. Позвольте в этот праздничный день выразить Вам и всему коллективу искреннюю благодарность за высокогуманный ответственный труд и от всей души пожелать крепкого здоровья, бодрости духа, достижения поставленных целей и успехов в вашей профессиональной деятельности.

**Руководитель ФМБА России В. В. Уйба**





## ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

**Уважаемый Яков Александрович!  
Уважаемые коллеги!**

От имени Территориального фонда обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга сердечно поздравляю Вас и коллектив Клинической больницы №122 им. Л. Г. Соколова с замечательным юбилеем!

За сорок лет своей деятельности Клиническая больница №122 приобрела статус одного из ведущих медицинских учреждений Северной столицы.

Высочайший уровень организации лечебного процесса и отличная материально-техническая база – вот то, что сегодня выделяет ваше учреждение, где получают высококвалифицированную помощь не только работники атомной и судостроительной промышленности, но и жители Санкт-Петербурга.

Коллектив больницы сохраняет и приумножает лучшие традиции российских медиков – врачебную честь и гражданскую ответственность, самоотдачу, высокую нравственность и интеллигентность, трудолюбие и профессионализм.

Примите самые искренние слова благодарности за ваш благородный труд во имя спасения и сохранения великой ценности – человеческой жизни. В день замечательного юбилея от всей души желаю Клинической больнице №122 развития и процветания, а всему вашему коллективу – здоровья и благополучия.



**Директор ТФОМС Санкт-Петербурга  
А. М. Кужель**

## ОСОБЕННОСТИ АВТОНОМНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ТИПОВ И ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП

<sup>1</sup>Е.А. Абрамов, <sup>2,3</sup>В.Н. Федоренко

<sup>1</sup>МЛПУЗ «Холмская центральная районная больница», Сахалинская область

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия»

<sup>3</sup>ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург

В ранее проведенных исследованиях получены убедительные данные о нарушении вегетативного контроля деятельности сердца у больных ИБС и эссенциальной артериальной гипертензией (АГ).

**Цель исследования:** изучить некоторые особенности вегетативной регуляции сердечного ритма (ВРС) при АГ и метаболическом синдроме (МС) у лиц разных этнических групп и больных ИБС различных поведенческих типов.

**Материалы и методы.** Обследовано 266 мужчин и женщин в возрасте от 32 до 75 лет (средний возраст:  $47,2 \pm 4,9$ ). В покое, при проведении дыхательной пробы и пробы с однократным приемом анаприлина анализировались следующие показатели ВРС: RRNN мс, SDNN мс, RMSSD мс, pNN50%, VLF, LF, HF, TP, LF/HF, LFn, HFn. RR макс., RR мин., с; RR ср.;  $\Delta$ RR мин., с;  $\Delta$ RR%.

**Собственные результаты.** Отмечены достоверно более низкие значения pHF у больных славянского происхождения по сравнению с корейцами. В то же время у славян отмечено повышение активности симпатического отдела ВНС, что выразилось в достоверно более высоких значениях показателей LF ночью, суточном pLF. Суточные значения LF/HF достоверно снижены у пациентов с МС по сравнению с группами контроля ( $p < 0,05$ ). У больных с поведенческим типом А (ПТА) досто-

верно чаще встречался симпатикотонический тип ВРС, у пациентов с поведенческим типом Б (ПТБ) – нормотонический. У больных с ПТА выявлены патологические изменения основных показателей сердечного ритма при наличии парадоксальной реакции парасимпатического отдела или обоих отделов ВНС. У большинства больных ПТБ были выявлены адекватные физиологические изменения основных показателей ритма сердца в ответ на дыхательную пробу. Среди лиц с ПТА положительная реакция на прием 40 мг анаприлина отмечалась у 86,6% больных. У 76,9% больных с ПТБ прием анаприлина по сравнению с пациентами с ПТА вызвал более выраженное увеличение RR ср., DRR и DRR%, причем преимущественно при пробе с глубоким дыханием.

**Выводы.** У лиц славянской этнической принадлежности наблюдается более выраженное преобладание симпатической гиперактивности, не зависящей от времени суток. Изучение состояния ВНС у больных различных поведенческих типов позволяет более полно оценить имеющиеся патологические изменения и, возможно, пересмотреть или дополнить способы их коррекции. Целесообразно использовать данные о вегетативных нарушениях сердечного ритма и проводимости и их динамике для уточнения показаний к применению вегетокорректоров и для оценки эффективности проводимого лечения.

## МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕХНОГЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПУЛЬМОНОТОКСИКАНТАМИ

А.Г. Акимов, Ю.Ш. Халимов

ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

Отравляющие вещества удушающего действия (пульмонотоксиканты) – это химические агенты, которые при воздействии способны вызвать токсический отек легких (ТОЛ).

Актуальность изучения данных поражений обусловлена широким распространением веществ этой группы, применяемых в химической промышленности и на ряде других объектов. До 70-80% всех аварийно опасных химических веществ (АОХВ) обладает потенциальным пульмонотоксичным действием. Наиболее часто техногенные химические аварии сопровождаются выбросом хлора и аммиака. При крупных авариях на химических производствах отравленные хлором могут составлять до 70%, аммиаком – до 10-25% пораженных. Из общего числа химических аварий, произошедших в России последние годы, 22% связаны с утечкой аммиака, 12% – хлора.

Биологические эффекты хлора и аммиака связаны с взаимодействием этих двух веществ с водой. При воздействии хлора основными повреждающими агентами являются соляная и хлорноватистая кислоты (HCl и HClO), при поражении аммиаком – гидроксид аммония (NH<sub>4</sub>OH). Имеет значение и образование вторичных продуктов (активных форм кислорода, нитрозина), повышение уровня ферментов (фосфолипазы A<sub>2</sub>), снижение уровня низкомолекулярных антиоксидантов, воздействие на NMDA-рецепторы (в случае воздействия аммиака). Будучи водорастворимыми, хлор и аммиак оседают преимущественно в области верхних дыхательных путей, где и вызывают повреждение структур. Таким образом, основными клиническими формами поражения этими газами являются токсический трахеобронхит и токсический пневмонит. При вдыхании больших концентраций газа может наступить поражение нижележащих отделов легких с развитием токсического отека легких (ТОЛ). При техногенных катастрофах, сопровождающихся выбросом хлора, ТОЛ развивается у 3-4% пострадавших, при поражении аммиаком – несколько реже.

Из других локализаций поражений хлором и аммиаком следует отметить глаза. Поражение органов зрения наблюдается практически во всех случаях воздействия этих агентов. В легких случаях явления конъюнктивита выражены умеренно и не влияют на оценку тяжести поражения. При более тяжелых воздействиях повреждается эпителий и базальная мембрана конъюнктивы с возможным

развитием тяжелых осложнений. Отмечается, что поражение конъюнктивы аммиаком протекает относительно тяжелее (по сравнению с поражением хлором) вследствие более выраженного повреждающего воздействия образующейся щелочи.

Отдаленные последствия поражений пульмонотоксикантами изучены недостаточно. Имеются отдельные наблюдения о более частом развитии у пострадавших хронического синусита, бронхита, бронхиальной астмы, невротических расстройств, а также патологии сердечно-сосудистой системы.

Оказание помощи пораженным пульмонотоксикантами включает в себя прекращение контакта с ОВ; обеспечение адекватной проходимости дыхательных путей; исключение (уменьшение влияния) факторов, повышающих транссудацию жидкости из кровеносных капилляров легких в интерстициальное и альвеолярное пространство (уменьшение ОЦК, стабилизация проницаемости аэрогематического барьера, уменьшение давления в сосудах малого круга); профилактику тромбоэмболических и инфекционных осложнений.

Из лекарственных препаратов, применяемых для лечения отравлений хлором и аммиаком, в наибольшей степени доказан эффект агонистов β-адренорецепторов. Помимо бронходилатирующего эффекта, эффективность препаратов этого класса связана с влиянием на цАМФ, уровень которого они способны существенно увеличивать. Повышение уровня цАМФ стимулирует удаление жидкости из альвеол, уменьшает воспаление и проницаемость сосудов. Перспективны ингибиторы фосфодиэстеразы, которые предотвращают деградацию цАМФ. Рассматриваются возможности совместного применения этих двух групп препаратов.

Существует ограниченный положительный опыт применения небулайзерных ингаляций слабых щелочей при отравлении хлором и слабых кислот при отравлении аммиаком. Использование кислорода целесообразно при явной дыхательной недостаточности, снижении сатурации кислородом крови и периферических тканей. Кортикостероидные препараты считаются высокоэффективными средствами профилактики и лечения ТОЛ, однако при менее тяжелых формах поражений их эффект не доказан и признается не всеми. Более предпочтительны ингаляционные формы этих соединений.

Актуальна симптоматическая терапия, профилактика инфекционных и тромбоэмболических осложнений.

## ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКИ ПОЛЯРИЗАЦИИ ЭЛЕКТРОДОВ SELOX ST 60

<sup>1</sup>А.Н. Александров, <sup>2,3</sup>В.Н. Федорец, <sup>1</sup>А.Ю. Амирасланов, <sup>1</sup>А.В. Баранова, <sup>1</sup>М.В. Кадырова, <sup>1</sup>И.А. Хамнагадаев, <sup>1</sup>И.В. Дроздов

<sup>1</sup>ФГБУ «Институт хирургии им. А.В.Вишневского» МЗ РФ, Москва

<sup>2</sup>ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург

<sup>3</sup>Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН

**Цель.** Предварительная оценка возможности использования электродов Selox ST 60 с ЭКС, имеющими функцию Automatic Capture, по данным интраоперационного измерения амплитуды E/R сигнала.

**Материал и методы.** С сентября по декабрь 2012 года проводилось исследование, включавшее 20 пациентов в возрасте от 49 до 83 лет (12 мужчин, 8 женщин) с синдромом слабости синусового узла, АВ блокадой 2 и 3 степени. Всем пациентам был имплантирован ЭКС Altrua 50 DR с желудочковым электродом Selox ST 60 и проведены стандартные интраоперационные тесты: измерение порога стимуляции, амплитуды R-волны, импеданса электрода и дополнительно измерена амплитуда E/R волны с применением деимплантированного ЭКС, осна-

щенного функцией AutoCapture, и разработанного в нашем отделении переходника.

**Результаты.** При измерении амплитуды E/R сигнала ее значение во всех исследуемых случаях была более 2,0 mV, что достаточно для активизации функции Automatic Capture. Среднее значение составило 17,92 mV. Изучаемая величина обладала непараметрическим характером распределения: медиана 17,92 mV, 25 процентиль соответствовал величине 14 mV, а 75 процентиль – 22,9 mV.

**Выводы.** По данным интраоперационных измерений амплитуды E/R сигнала, функция Automatic Capture может быть активирована со всеми исследуемыми электродами Selox ST 60.

## ИМПЛАНТАЦИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА У БОЛЬНОГО С ЕДИНСТВЕННОЙ ЛЕВОЙ ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНОЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

<sup>1</sup>А.Ю. Амирасланов, <sup>1</sup>И.В. Дроздов, <sup>1</sup>В.Н. Цыганков, <sup>1</sup>А.Н. Александров, <sup>1</sup>А.В. Баранова, <sup>1</sup>М. В. Кадырова, <sup>2</sup>В.Н. Федорец, <sup>1</sup>И.А. Хамнагадаев

<sup>1</sup>ФГБУ «Институт хирургии им. А.В.Вишневского» МЗ РФ, Москва

<sup>2</sup>ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург

Первое документированное описание добавочной левой верхней полой вены (ЛВПВ) датируется 1787 годом (Lindner et. al). Эмбриологическое обоснование аномалии провел Marshall в 1850 году. Образование левой верхней полой вены является следствием нарушения процесса облитерации левой передней кардинальной вены (левый Кювьеров проток), которая через большую сердечную вену и коронарный синус дренируется в правое предсердие. В норме передняя кардинальная вена обли-

терруется на 6-м месяце внутриутробной жизни. Распространенность аномалии составляет 0,1-0,3% случаев в общей популяции, у больных с врожденными пороками сердца – в 2-5% случаев. Чаще всего ЛВПВ является добавочной (двойная верхняя полая вена). В 10-15% случаев правая верхняя полая вена может отсутствовать, и целесообразно говорить о единственной ЛВПВ. Как правило, у больных с данной аномалией отсутствуют нарушения гемодинамики, изменения на ЭКГ. Чаще всего она является



находкой во время оперативного или интервенционного вмешательства. Клиническую значимость порок приобретает при необходимости катетеризации правых отделов сердца через вены верхних конечностей, в том числе при имплантации электродов для постоянной эндокардиальной стимуляции.

В нашем институте находился на лечении больной 53 лет с диагнозом: длительно не заживающая рана левой стопы, атеросклеротическая окклюзия артерий нижних конечностей. При суточном мониторинге ЭКГ были выявлены эпизоды синусовой брадикардии с минимальной ЧСС 30 в мин. Из анамнеза известно, что больной периодически отмечал эпизоды внезапной слабости, головокружения, предобморочные состояния. По поводу синдрома слабости синусового узла (СССУ) была рекомендована операция – имплантация системы ЭКС. Во время операции с техническими трудностями из раны в левой дельтоидо-пекторальной области пунктирована подключичная вена (vena cephalica имела рассыпной тип). Рентгеноскопически отмечался нестандартный ход проводника, напоминающий артериальную проекцию. При введении контраста через пункционную иглу в проекции левого гемиторакса выявилось аномальное дренирование верхней полой вены в правое предсердие. Дополнительно была произведена флебография из кубитальной катетера справа, которая показала наличие единственной ЛВПВ, впадающей в правое предсердие, предположительно в области устья коронарного синуса. Правая верхняя полая вена не контрастировалась. С помощью интродьюсера эндокардиальный электрод с пассивной фиксацией был установлен в правые отдела сердца. Вход в предсердие – нетипичный – снизу и сзади (проек-

ция коронарного синуса). Стандартным способом (с модифицированным стилетом) провести электрод через трехстворчатый клапан в верхушку правого желудочка не удалось. Методом избыточной петли по латеральной стенке предсердия он все же был установлен под фиброзное кольцо клапана в проекции верхней трети межжелудочковой перегородки. Однако дальнейшее продвижение было невозможным. Несмотря на удовлетворительные параметры стимуляции и чувствительности в этой точке, положение электрода было нестабильным – периодически «выбивался» клапаном в полость правого предсердия. Учитывая, что при интраоперационной стимуляции предсердий данных за нарушение АВ проводимости получено не было (Точка Венкебаха составила 140 в мин.), исходный диагноз – СССУ, электрод был установлен в ушко правого предсердия и подключен к ЭКС. На кардиомониторе – эффективная работа ЭКС в режиме стимуляции предсердий. В послеоперационном периоде больному выполнена КТ 3D реконструкция сердца, подтвердившая наличие единственной ЛВПВ, дренирующей в коронарный синус.

**Заключение.** На 500 включенных в анализ операций – имплантаций антиаритмических устройств и катетерных абляций – подобное наблюдение первое в нашей практике. Для верификации нетипичной анатомии венозной системы оптимально использование флебографии. Введение контраста через правую кубитальную вену позволяет визуализировать как ЛВПВ, так и правую (или ее отсутствие), которая потенциально может быть использована при невозможности проведения электродов через ЛВПВ и коронарный синус.

## ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ ОПЕРАЦИЯМ ПО ПОВОДУ НЕВРИНОМ ВЕСТИБУЛОКОХЛЕАРНОГО НЕРВА И ОПУХОЛЕЙ МОСТОМОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА

*Т.Р. Амуров, К.Ю. Максимова, А.Б. Спиринов*

*ГБУЗ «Городская больница №40» Курортного административного района, Санкт-Петербург*

Опухоли мостомозжечкового угла составляют особую группу опухолей стволовой локализации. В большинстве случаев это доброкачественные опухоли, по гистологии чаще невриномы и менингиомы, растущие рядом со стволом головного мозга, при прогрессировании сдавливающие ствол и мозжечок. Для них характерен длительный период, бед-

ный симптомами, среди которых выступают только 2 ведущих: шум в ухе и прогрессирующее падение слуха. Мы наблюдали 18 пациентов, из которых у 14 были выявлены и оперированы невриномы вестибулокохлеарного нерва, у 4 – невриномы мостомозжечкового угла. Опухоли соответствовали 2-3 стадии невринома вестибулокохлеарного нерва.

Радикально опухоль была удалена у 12 больных, у 4 частичное удаление с оставлением части капсулы, у двоих была частично оставлена менингиома. Больные поступили в течение 1-6 месяцев после операции и наблюдались в течение 2-3 лет при повторных госпитализациях. Несмотря на то, что у 10 больных применялась микрохирургическая техника с целью сохранения лицевого нерва, у 15 пациентов отмечались признаки нейропатии лицевого нерва. У 12 больных отмечались мозжечковые нарушения, у 5 – глазодвигательные, у 6 пациентов – нарушения глотания. 3 больных поступили в состоянии т.н. «малого сознания». Исходя из указанной симптоматики, применялись различные методы восстановительного лечения. Использовались логопедические методики по восстановлению глотания. У больных с мозжечковыми нарушениями и нарушениями статики мы применяем вертикализаторы, среди ко-

торых можно отметить аппараты с биологической обратной связью. Большие перспективы имеют различные стабилметрические платформы с биологической обратной связью и аппарат Brain-Port. Особое значение имеет восстановление функций лицевого нерва, для диагностики функций которого использовали ЭНМГ. В случае отсутствия эффекта в течение нескольких месяцев производили активную стимуляцию для создания контрактуры лицевых мышц, в ряде случаев пациенты направлялись на оперативные вмешательства. В результате восстановительного лечения отмечается улучшение функций ходьбы, статики у всех больных, регресс мозжечковых нарушений у 7 больных, восстановление сознания – 3 больных, восстановление глотания – 4, улучшение у 2 больных. Менее благоприятный результат отмечен при поражении лицевого нерва, глазодвигательных нарушений.

## РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОЛИЧЕСТВЕННОГО СЕНСОРНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НАЛИЧИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ

О.Ю. Анисеева

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера» МЗ РФ

**Цель исследования.** Выявление сенсомоторной диабетической полинейропатии (ДПН) при метаболическом синдроме с помощью нейросенсорного анализатора TSA-II. Оценка эффективности терапии доклинической стадии ДПН отечественным препаратом альфа-липоевой кислоты (АЛК) – октолипен.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовали 86 пациентов с метаболическим синдромом, средний возраст которых составил  $56 \pm 13$  лет. Из них не имели нарушений углеводного обмена и ДПН 20 (23,3%) пациентов, преддиабет был у 15 (17,4%) пациентов и 51 (59,3%) пациент имел СД 2 типа без клинических проявлений ДПН. Пациенты с СД 2 типа без клинических проявлений ДПН с выявленными при обследовании на аппарате TSA-II отклонениями в чувствительности получали на фоне гипогликемической терапии препарат АЛК (октолипен, «Фармстандарт») 600 мг/сутки натошак в течение 3 месяцев. Для статистического анализа данных использована программа Microsoft Excel,

Statistica 6.0 (StatSoft Inc.) В работе применены: среднеарифметические показатели; среднеквадратичное отклонение (СКО), U-критерий Манна-Уитни.

**Результаты.** Пациенты разделены на 3 группы: 1-я (n=51) получала лечение АЛК, 2-я (n=15) с нарушением толерантности к глюкозе (НТГ) не получала лечение АЛК, 3-я (n=20) – группа сравнения. По возрасту, полу, индексу массы тела группы были сопоставимы. При анализе жалоб до и после лечения препаратом АЛК пациенты 1-й группы отмечали улучшение общего самочувствия, памяти и эмоционального тонуса, исчезновение головных болей, головокружений, бессонницы, стабилизацию АД. При статистической оценке данных TSA-II зафиксировано улучшение показателей чувствительности на фоне лечения АЛК в виде уменьшения отклонения от параметров здоровых лиц (СКО). Динамика показателей была следующей. До лечения: холододовая чувствительность (ХЧ) =  $23,1^\circ\text{C}$  (СКО = 6,8); холододовая боль (ХБ) =  $15,8^\circ\text{C}$  (СКО = 10,1); тепловая чувствительность (ТЧ) =  $44,2^\circ\text{C}$  (СКО = 8,1); тепло-

вая боль (ТБ) = 49°C (СКО = 4,9); вибрационная чувствительность (ВЧ) = 8,8 мкрн/с (СКО = 9,2),  $p < 0,05$ . После лечения: ХЧ = 26,0°C (СКО = 4,0); ХБ = 19,4°C (СКО = 7,0); ТЧ = 42,3°C (СКО = 6,5); ТБ = 48,2°C (СКО = 4,3); ВЧ = 5,5 мкрн/с (СКО = 5,0) ( $p < 0,05$ ). У пациентов с преддиабетом 2-й группы показатели были следующими: ХЧ = 24,9°C (СКО = 4,5); ХБ = 19,7°C (СКО = 7,9); ТЧ = 42,3°C (СКО = 6,4); ТБ = 48,6°C (СКО = 4,6); ВЧ = 4,5 мкрн/с (СКО = 5,4) ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Нейросенсорный анализатор TSA-II может быть использован в качестве метода ранней диагностики субклинической ДПН (уже на стадии преддиабета). Прогрессирующее течение дистальной симметричной ДПН при СД 2 типа может быть приостановлено включением в терапию препарата АЛК (октолипен) 600 мг/сутки в течение 3 месяцев. Лечение пациентов с СД 2 типа препаратом АЛК приводило к улучшению общего самочувствия пациентов и показателей чувствительности.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАТАМЕНИАЛЬНОГО ПНЕВМОТОРАКСА

*М.А. Атюков, А.Д. Оборнев, В.Г. Пищик*

*ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург  
ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет»*

Катамениальным называется пневмоторакс, возникающий в перименструальный период, т.е. в первые 3 дня до и после начала месячных. Традиционно данный вид пневмоторакса считается достаточно редким. Основными его характеристиками, по мнению большинства авторов, являются рецидивирующий характер, правосторонняя локализация и связь с эндометриозом.

В основе данного заболевания, по данным литературы, лежит эндометриоз диафрагмы и легкого, однако патогенез развития пневмоторакса до конца не ясен и по сей день, несмотря на то, что история его изучения насчитывает более 30 лет.

Целью нашей работы явилось изучение особенностей этого заболевания и оценка результатов его лечения.

С 2004 по 2011 год на отделении торакальной хирургии ГБ №2 и КБ №122 находилось 106 женщин со спонтанным пневмотораксом. Мы включили в исследование только женщин репродуктивного возраста – 97 пациенток.

Все женщины были разделены на 2 группы. В первую группу вошли пациентки с катамениальным характером пневмоторакса, который устанавливался макроскопически на основе выявления дефектов диафрагмы или очагов эндометриоза в легком и диафрагме при диагностической торакоскопии или операции (16 человек). Контрольную группу составили женщины репродуктивного возраста без данных изменений (74 человека).

Средний возраст женщин с КП составил 40,9 лет, в то время как в контрольной группе 35,6 лет. Однако при распределении по возрастным группам ока-

залось, что 68,8% женщин с КП старше 40 лет, в то время как женщины с другими формами спонтанного пневмоторакса старше 40 лет лишь в 30,8% случаев.

В группе женщин с КП рецидивирующий его характер при первичном обращении наблюдался у 7 пациенток (43,8%), а в контрольной группе при первичном обращении доля рецидивов составила 33,8% (25 пациенток). Следует отметить, что остальные 8 женщин с КП также имели рецидивы, с которыми обращались повторно. Таким образом, рецидивирующий характер катамениального пневмоторакса наблюдался у всех 16 женщин в этой группе.

У всех женщин с КП (100%) он развивался справа. В контрольной группе доля правосторонних пневмотораксов составила 67,6% (50 человек). При этом в контрольной группе доля рецидивирующих правосторонних пневмотораксов составила 23% (17 человек). Таким образом, у женщин с правосторонним рецидивирующим пневмотораксом катамениальной пневмоторакс встречается более чем в 30% случаев.

В контрольной группе 46 женщин были оперированы по поводу спонтанного пневмоторакса в объеме резекции легкого и индукции плевродеза путем плеврэктомии.

В контрольной группе никаких изменений в parenхиме легкого не было выявлено лишь в 1 случае (2,2%). В остальных случаях были выявлены буллезные изменения легкого. В группе женщин с КП во всех 16 случаях были выявлены дефекты или очаги эндометриоза в диафрагме. Буллы в легком при этом обнаружены лишь у 1 пациентки. Все женщины с катамениальным пневмотораксом были

оперированы в объеме резекции купола диафрагмы с индукцией плевродеза путем плеврэктомии.

В этой группе рецидивы пневмоторакса после операции наблюдались у 4 человек (25%), в 2 случаях пневмоторакс сопровождался несостоятельностью швов диафрагмы и развитием диафрагмальной грыжи, что потребовало повторного оперативного вмешательства. В контрольной группе рецидив после операции возник лишь у 1 пациентки (2,2%).

Диагноз эндометриоза различной локализации в группе КП был установлен у 6 женщин (37,5%), в контрольной группе диагноз эндометриоза был установлен лишь в 2 случаях (2,5%).

**Выводы.** Доля женщин с катамениальным пневмотораксом составляет до 17,8% среди женщин репродуктивного возраста со спонтанным пневмотораксом.

Катамениальный пневмоторакс является правосторонним в абсолютном большинстве случаев.

Среди женщин репродуктивного возраста с рецидивирующим правосторонним пневмотораксом доля катамениального пневмоторакса составляет более 30%.

Нельзя достоверно утверждать, что женщины с КП старше женщин с другими формами спонтанного пневмоторакса, однако можно говорить о тенденции к развитию КП в возрасте старше 40 лет.

Эндометриоз различных локализаций чаще встречается у женщин с катамениальным пневмотораксом, чем при других вариантах СП.

Только хирургическое лечение КП не является достаточным и характеризуется высоким уровнем рецидивов. Необходима также гормональная терапия, способствующая прекращению менструаций по согласованию со специалистами-гинекологами.

## КРОВОТЕЧЕНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА. ИХ ПРОГНОЗ И ЛЕЧЕНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

*И.М. Байбеков, А.Х. Бутаев, Н.А. Стрижков*

*Республиканский центр хирургии им. академика В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан*

Кровотечения из пищеварительного тракта приводят к уменьшению в крови доли нормальных эритроцитов (дискоцитов) и возрастанию доли патологических форм эритроцитов. Это ведёт к тромбообразованию в микрососудах и нарушению микроциркуляции. Внутрисосудистое лазерное облучение крови (ВЛОК) способствует нормализации соотношения дискоцитов и патологических форм эритроцитов и улучшению микроциркуляции. Лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ) – объективный метод оценки микроциркуляции. Влияние ВЛОК на эритроциты и микроциркуляцию при кровотечениях из пищеварительного тракта до сих пор не изучалось.

**Цель исследования.** Показать влияние кровотечения из пищеварительного тракта на соотношение разных форм эритроцитов и микроциркуляцию и оценить возможность лазерных технологий в их диагностике и лечении.

**Материал и методы.** Исследовали изменения соотношения дискоцитов и патологических форм эритроцитов при кровотечениях из гатродуоденальных язв, варикозно расширенных вен пищевода, синдроме Мэлорри-Вейса. ВЛОК (не менее 5 сеансов)

проводили с помощью аппарата «Матрикс-ВЛОК» с излучающей головкой КЛ-ВЛОК, А, 0,63 мкм, мощностью на выходе световода 1,5-2 мВт, тефлоновым покрытием игл. Контрольная группа – пациенты с кровотечениями из пищеварительного тракта, которым проводили гемостатическую терапию без ВЛОК. Норма – кровь здоровых добровольцев.

Оценку формы эритроцитов проводили с помощью экспресс-метода толстой капли (ЭМТК) (Патент Республики Узбекистан № DGU 01195 от 22.12.2006) и сканирующей электронной микроскопии. ЛДФ проводили с помощью аппарата ЛАКК-01, дающего свыше 20 параметров микроциркуляции.

**Результаты и их обсуждение.** При кровотечении из пищеварительного тракта имеют место сдвиги соотношения дискоцитов и патологических форм эритроцитов и изменения всех изученных параметров микроциркуляции. Гемостатическая терапия приводит к нормализации соотношения дискоцитов и патологических форм эритроцитов и параметров микроциркуляции в среднем на 10-15%. Использование ВЛОК в комплексном лечении последствий кровотечения улучшает соответствующие параметры на 25-30%. Это обусловлено



влиянием ВЛОК на мембрану эритроцитов, снижением доли патологических форм эритроцитов, улучшением деформируемости эритроцитов и их прохождения по капиллярам, улучшением микроциркуляции.

**Выводы.** ВЛОК – эффективный метод коррекции формы эритроцитов. Сочетание ЭМТК и ЛДФ является достоверным критерием тяжести кровопотери при кровотечениях из пищеварительного тракта и результатов лечения.

## ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ КИСЛОРОДА

<sup>1</sup>Д.В. Бакланов, <sup>2</sup>А.В. Стаценко, <sup>2</sup>О.В. Леонтьев

<sup>1</sup>Северный флот, г. Североморск

<sup>2</sup>ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

К признакам легочной формы кислородного отравления относятся деструкция эндотелия капилляров, эпителия альвеол, гиперплазия альвеолярных клеток, отек, геморрагия, утолщение и гиалинизация артериол, образование фибрина, ателектазы, сопровождаемые тяжелыми нарушениями газообмена, гипоксемией и приводящие к летальному исходу. Судорожные формы отравления кислородом по степени выраженности могут проявляться локальными судорогами мышц вплоть до опистотонуса. Если выдержка на грунте после появления этих признаков продолжается, то может наступить смерть. Среди проявлений кислородного отравления описаны также: отслойка сетчатки, разрушение зрительных клеток и развитие слепоты, гемолиз эритроцитов, нарушение функций почек, сердца, печени, эндокринных органов. Очередность развития и тяжесть поражений различных органов и тканей зависят от парциального давления кислорода, выдержки на глубине и относительной чувствительности организма. По-видимому, кислородное отравление для конкретной ткани определяется соотношением таких факторов, как артериальное  $P_{O_2}$ , кровоток, уровень метаболизма в тканях и степень артериализации. Поскольку эти факторы неодинаковы для различных частей тела, то конкретные органы и ткани подвергаются действию различного по величине парциального давления кислорода.

У больных, дышавших в течение нескольких дней дыхательной смесью при парциальном давлении кислорода 0,9-1 кгс/см<sup>2</sup>, Nash и сотрудники в 1967 г. наблюдали две частично совпадающие фазы патологических изменений, которые, как предполагали исследователи, представляют начальную экссудативную фазу и более позднюю – пролиферативную. В экссудативной фазе отмечались застой, отек альвеол, внутриальвеолярная геморрагия, фибринозный экссудат и значительная гиалинизация мембран. Проллиферативная фаза

характеризовалась заметным утолщением альвеолярной и междольковой перегородок в сочетании с отеком и фибробластической пролиферацией, преждевременным фиброзом, заметной гиперплазией альвеолярных клеток и непостоянными компонентами экссудативных изменений. Некоторые из этих изменений, по мнению ряда исследователей, напоминают признаки острой экссудативной и подострой пролиферативной фаз патологии.

Многие ферменты и коферментные системы могут инактивироваться в результате воздействия повышенного давления кислорода. Ферменты, активность которых зависит от присутствия сульфгидрильных групп, особенно чувствительны к кислородному отравлению. Такие микроэлементы (металлы), как  $Cu^{2+}$  и  $Fe^{2+}$ , усиливают токсический эффект кислорода, в то время как другие ( $Mn^{2+}$ ,  $Co^{2+}$ ,  $Mg^{2+}$  и  $Ca^{2+}$ ) замедляют процесс инактивации ферментов под влиянием гипероксии.

Судороги при остром кислородном отравлении идентичны таковым при эпилептическом припадке. Он может начаться неожиданно, без предварительных признаков, или ему может предшествовать аура или ряд продромальных ощущений. Начало конвульсии включает ригидную тоническую фазу с внезапной потерей сознания и выгибанием шеи и всех конечностей. Через 30 с тоническая фаза сменяется клонической, во время которой следуют сильные повторяющиеся сокращения практически всех мышц, продолжающиеся приблизительно в течение 1 минуты, после чего отмечается постепенное затухание судорог. Остановка дыхания, наблюдающаяся в течение тонической и клонической фаз, сменяется бурной гипервентиляцией, стимулированной накоплением двуокиси углерода.

Возвращение сознания в течение нескольких минут после окончания судорог обычно сопровождается постепенным снижением ощущения тревожности. В отличие от церебральной гипоксии,

возникающей при эпилептическом припадке, в данном случае поддерживается гипероксигенация мозга, обусловленная высоким альвеолярным  $P_{O_2}$  в сочетании с выраженной гиперкапнией и повышенным церебральным кровотоком. Помимо риска получения физической травмы или утопления, судорожный приступ при кислородной интоксикации не вызывает вредных или остаточных явлений для водолаза. Существует, кроме того, сосудистая форма кислородного отравления, связанная со спазмами сосудов при парциальном давлении кислорода ме-

нее 3,0 кгс/см<sup>2</sup> и продолжительностью пребывания под давлением 1-3 часа. Эта форма характерна для периодов воздушной и кислородной декомпрессии после глубоководных спусков, а также для спусков на малые глубины. Описана прогрессирующая потеря периферического зрения почти до полной слепоты (туннельное зрение) у испытуемого, который дышал кислородом при абсолютном давлении 3 кгс/см<sup>2</sup> в течение 3,5 часов. Изменения были обратимыми и восстановление заканчивалось почти полностью через 50 минут после дыхания воздухом.

## ВЛИЯНИЕ ТОКСИЧЕСКИХ МЕТАЛЛОВ НА СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ И ЗДОРОВЬЕ РАБОТНИКОВ, ЗАНЯТЫХ УТИЛИЗАЦИЕЙ СУДОВ С ЯДЕРНОЙ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ УСТАНОВКОЙ

*Н.В. Бармина, В.М. Василец, И.Г. Бовт, Е.И. Позднякова, О.В. Пушкарская  
ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург*

Повышенное содержание марганца, хрома и никеля в волосах приводит к сенсibilизации организма к этим металлам-аллергенам. Наиболее часто сенсibilизация наступала к марганцу и хрому (в 63,0 и 38,0% случаев соответственно) и несколько реже к никелю (у 25,0% работников). В 42,0% случаев обнаружена сенсibilизация к двум или трем металлам.

Установлена закономерность повышения сенсibilизации к металлам-аллергенам в зависимости от стажа работы, т.е. от продолжительности воздействия на организм токсических веществ. Даже при небольшом стаже работы (до 10 лет) у каждого пятого работника (22,2%) развивалась сенсibilизация к марганцу, а в 16,7% и 5,6% случаев – к хрому и никелю. При продолжении контакта с токсическими аэрозолями (стаж от 10 до 20 лет) число лиц с сенсibilизацией к марганцу увеличивалось в 3 раза, составляя 65,8%, а при стаже 20 лет и более повышенная чувствительность к марганцу выявлялась у большинства работников (в 78,0% случаев), что указывает на особую агрессию марганца. Сенсibilизация к хрому и никелю определялась в 2-2,5

раза реже. Однако по мере увеличения стажа нарастала и полисенсibilизация, т.е. положительные реакции выявлялись не к одному, а к двум и трем металлам одновременно. При стаже работы 20 лет и более полисенсibilизация обнаружена более чем у половины работников (у 58,5% лиц).

Комплексным клинико-физиологическим, лабораторным и инструментальным обследованием у работников, занятых утилизацией судов с ЯЭУ 20 лет и более, выявлен высокий уровень заболеваемости сердечно-сосудистой и нервной системы: артериальная гипертензия диагностирована в 65% случаев, а вегетативная, вегетососудистая дистония определялась у 69% лиц; хронический бронхит диагностирован у 23% работников, а у 1/3 лиц выявлены нарушения бронхиальной проходимости – доклиническая стадия бронхита; в 11,1% случаев обнаружена язвенная болезнь, а у 26,8% лиц – хронический гепатоз или персистирующий гепатит. У 75% работников обнаружены клинические проявления гиповитаминозов С, В-группы и А.

## ОСОБЕННОСТИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЕМНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ

А.В. Барсуков, Д.В. Глуховской, М.П. Зобнина, С.Б. Шустов, А.В. Гордиенко  
ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Оценить состояние инкреторной функции поджелудочной железы и инсулинорезистентность у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) с учетом объемных характеристик левого предсердия (ЛП).

**Материал и методы.** Обследованы 62 пациента (35 мужчин, 27 женщин, средний возраст  $59,65 \pm 9,85$  лет), страдающих гипертонической болезнью II-III стадии, без клинически значимой патологии со стороны эндокринной, дыхательной, пищеварительной систем. В зависимости от геометрических показателей ЛП, лиц с АГ разделили на две группы. В 1-ю группу включили 31 пациента с нормальным индексом объема ЛП ( $20,9 \pm 4,5$  мл/м<sup>2</sup>), во 2-ю группу включили 31 пациента с увеличенным индексом объема ЛП ( $34 \pm 7,3$  мл/м<sup>2</sup>). В группу контроля включили 30 нормотензивных субъектов (средний возраст  $55,6 \pm 16,3$  лет), не имеющих клинически значимой патологии со стороны внутренних органов и характеризующихся нормальными геометрическими параметрами камер сердца (индекс объема ЛП  $20,3 \pm 4,2$  мл/м<sup>2</sup>). Все группы сопоставимы по возрасту, полу, индексу массы тела. В сыворотке венозной крови исследовали уровень глюкозы на-

тощак (ммоль/л). Методом радиосатурационного анализа определяли содержание в плазме крови иммунореактивного инсулина (мЕ/мл) и рассчитывали индекс инсулинорезистентности (НОМА, ед).

**Результаты.** Величина натощаковой гликемии у обследованных всех групп соответствовала норме. Значения секреции инсулина у пациентов 1-й группы не отличались от таковых у лиц 3-й группы ( $7,7 \pm 2,4$  и  $7,29 \pm 2,86$  мЕ/мл соответственно,  $p=0,55$ ) и уступали аналогичному показателю у больных 2-й группы ( $10,52 \pm 3,6$  мЕ/мл;  $p=0,0006$ ). Инсулинемия у лиц 3-й группы оказалась меньше по сравнению с таковой у пациентов 2-й группы ( $p=0,0004$ ). У лиц 1-й и 3-й групп значения индекса НОМА существенно не различались ( $1,81 \pm 0,64$  и  $1,57 \pm 0,59$  ед.,  $p=0,14$ ), но уступали таковому у больных 2-й группы ( $2,46 \pm 0,89$  ед.) (2-я группа с 3-й группой:  $p=0,00003$ ; 2-я группа с 1-й группой:  $p=0,0015$ ).

**Заключение.** Эугликемические пациенты с АГ с увеличенным индексом объема ЛП характеризуются снижением чувствительности тканей к инсулину по сравнению с больными АГ, имеющими нормальный индекс объема ЛП.

## ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ RS5219 ГЕНА KCNJ11 С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В РУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

<sup>1</sup>Л.Н. Бельчикова, <sup>2</sup>Л.А. Суплотова, <sup>2</sup>К.А. Мурычева, <sup>1</sup>Н.А. Рожнова, <sup>3</sup>В.В. Носиков

<sup>1</sup>ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1», Тюмень

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Тюмень

<sup>3</sup>ФГУП «Государственный научно-исследовательский институт генетики и селекции промышленных микроорганизмов», Москва

Сахарный диабет 2 типа (СД2) – генетически гетерогенное заболевание. С одной из основных причин развития СД2, нарушенной продукцией инсулина β-клетками поджелудочной железы, ассоциированы определенные аллели гена, кодирую-

щего субъединицу белка Kir6.2 канала транспорта ионов калия (KCNJ11).

**Цель исследования.** Изучить ассоциации однонуклеотидного полиморфизма rs5219 гена белка

Kir6.2, индексов Саго, Quicki, HOMA-S, ISI с СД2 в группах больных с дебютом заболевания в разные возрастные периоды на примере русской популяции Тюменского региона.

**Материалы и методы.** Обследованы 183 больных СД2, из них 73 больных с дебютом до 35 лет и 110 с дебютом заболевания после 40 лет. Контрольную группу составили 79 здоровых индивидов, имеющих показатели липидного обмена и толерантность к глюкозе в пределах нормы, ИМТ менее 25 кг/м<sup>2</sup>, а также уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c) ниже <6,1%. Идентификацию аллелей гена KCNJ11 проводили с использованием ПЦР с последующим расщеплением ДНК рестриктазами. Определяли индексы инсулинорезистентности и инсулиночувствительности (Саго, Quicki, HOMA-S, ISI). Рассчитан показатель отношения шансов OR (odds ratio). Для сравнения частот аллелей в основной и контрольной группах использовали критерий  $\chi^2$  при уровне значимости  $p < 0,05$ . При математической обработке данных использовали компьютерную

программу статистического анализа STATISTICA (версия 6.0).

**Результаты.** При анализе распределения частот аллелей и генотипов полиморфного маркера гена KCNJ11 обнаружены статистически достоверные различия в группе пациентов с дебютом заболевания в молодом возрасте ( $p=0,009$ ). Носительство аллеля Glu и генотипа Glu/Glu уменьшает риск развития заболевания (OR=0,74 и 0,97), а носительство аллеля Lys (OR=1,36) и генотипа Lys/Lys (OR=2,27) повышает риск развития СД2. Выявлена прямая корреляционная связь генотипа Glu/Glu с индексом инсулиночувствительности HOMA-S ( $r=0,27$ ;  $p=0,028$ ) в группе с ранним дебютом СД2. В группе пациентов с дебютом заболевания после 40 лет статистически достоверные различия в распределении частот аллелей не выявлены ( $\chi^2=0,48$ ;  $p=0,79$ ).

**Выводы.** Носительство аллеля Lys и генотипа Lys/Lys гена KCNJ11 увеличивает риск развития СД2 в русской популяции у пациентов с дебютом заболевания до 35 лет.

## ТЕЧЕНИЕ ПОСТИНФАРКТНОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННОЙ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЕЙ

<sup>1</sup>И.В. Белякова, <sup>2</sup>П.Н. Мухина, <sup>1</sup>Н.А. Воробьева

<sup>1</sup>Северный филиал Гематологического НЦ РАМН, Архангельск

<sup>2</sup>ГБУЗ «Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич», Архангельск

Наличие гипергомоцистеинемии (ГГЦ) увеличивает риск развития инфаркта миокарда (ОИМ) в 3-4 раза. Среди причин ГГЦ: генетические дефекты ферментов, ответственных за метаболизм гомоцистеина (ГЦ), в частности метилентетрагидрофалатредуктазы (МТГФР). Изучение динамики уровня плазменного ГЦ на этапах течения ОИМ и его связь с генетическими факторами, обуславливающими активность фермента МТГФР, позволит определить риск возникновения острой коронарной патологии и смоделировать риск тромботических осложнений в раннем постинфарктном периоде.

**Цель исследования.** Выявить влияние генетического полиморфизма МТГФР на уровень ГЦ плазмы и на отдаленные результаты течения постинфарктного периода.

**Материалы и методы.** В исследование включены мужчины, жители города Архангельска, госпита-

лизированные в отделение кардиореанимации МУЗ «ГБУЗ АО Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич» по поводу ОИМ с подъемом сегмента ST с 1.09.2010 по 31.12.2010 ( $n=40$ ).

Критерии исключения: СД, ревматизм, системные заболевания, гемобластозы. Проведено определение уровня ГЦ крови методом иммуноферментного анализа при поступлении в ОКР и на 10-14 день. Всем пациентам проведено исследование на предмет выявления генетического полиморфизма фермента МТГФР в биохимической лаборатории РосНИИ гематологии и трансфузиологии Санкт-Петербурга и лаборатории генома человека ЦНИЛ СГМУ. Отдаленные результаты оценивали в течение года после ОИМ по конечным точкам: нестабильная стенокардия (НС), ОНМК, ОИМ, реваскуляризация, смерть от ИБС. Всем пациентам на госпитальном этапе проведено ЧТКА со стентированием инфаркт-связанной коронарной артерии, в дальнейшем больные получали стандартное лечение по поводу



ИБС. Для математической обработки результатов исследования использовали пакет компьютерных программ SPSS for Windows (версия 18). Количественные данные представлены как среднее арифметическое значение (M) ± стандартное отклонение в случае нормального распределения и как медиана (Me) и квартили при распределении, отличающемся от нормального. Статистическая значимость присваивалась при значении  $p < 0,05$ . Проводили однофакторный дисперсионный анализ выборок с разными генотипами по МТГФР и уровнем плазменного ГЦ методом парных сравнений с апостерным критерием Бонферрони. Для описания связи категориальных переменных использовали точный метод расчета независимости «Монте-Карло». Для подсчета относительного риска развития событий использовали программу EpiInfo. Возраст пациентов Me 55 [45,0; 60,25] лет. Уровень холестерина плазмы 5,53 [4,34; 7,0] ммоль/л, фракция выброса левого желудочка Me 0,56 [0,50; 0,63]. 80,4% пациентов страдали АГ, 60,9% курили. Число пораженных коронарных артерий Me 2 [1; 3].

**Результаты исследования.** В 1-е сутки ОИМ в 100% случаев уровень ГЦ крови был повышен Me 24,4 [15,7; 28,6] мкмоль/л. На 14-е сутки наблюдалось снижение уровня ГЦ Me 21,4 [15; 27], однако показатели оставались выше референтных значений. При проведении генетического исследования у 5 пациентов выявлен гомозиготный полиморфизм гена МТГФР (генотип ТТ), у 11 пациентов гетерозиготный полиморфизм (генотип СТ), что составило 40% от общего числа пациентов. Уровень ГЦ у пациентов с генотипом ТТ по МТГФР был значительно выше Me 34,9 [14,2; 55,6], чем у пациентов с генотипом СТ по МТГФР – Me 22,1 [16,3; 27,7] либо с генотипом СС – Me 23,3 [19,2; 27,4]

как в 1-е сутки ОИМ ( $p=0,028$ ), так и на 14-е сутки Me 36,4 [21,1; 51,7], Me 19,1 [15,6; 22,6], Me 19,4 [17,2; 21,8] ( $p=0,001$ ). Проведен корреляционный анализ Спирмена для определения связи между уровнем ГЦ плазмы в 1-е, 14-е сутки ОИМ и генетическим полиморфизмом фермента МТГФР, а также возрастом, числом поражений коронарных артерий, наличием факта курения. Получены положительные корреляции между: генотипами СТ либо ТТ по МТГФР и уровнем ГЦ в 1-е сутки ОИМ ( $r=0,534$ ,  $p=0,001$ ) и уровнем ГЦ на 14-е сутки ОИМ ( $r=0,314$ ,  $p=0,048$ ). Частота сосудистых катастроф в течение года после ОИМ: повторные реваскуляризации у 25% ( $n=10$ ), повторный ОИМ у 12,5% ( $n=5$ ), эпизод НС у 45% ( $n=18$ ), развитие ОНМК – 5% ( $n=2$ ), смерть от ИБС – 2,5% ( $n=1$ ). Среди всех пациентов с повторными сосудистыми событиями доля больных с генотипами СТ и ТТ по МТГФР составила: повторные реваскуляризации – 80% ( $n=8$ ), RR=0,37 (0,12; 1,37), МН=4,06,  $p=0,013$ ; повторный ОИМ – 80% ( $n=4$ ), RR=0,38 (0,17; 2,25), МН=1,90,  $p=0,016$ ; эпизод НС у 77,8% ( $n=12$ ), RR=0,38 (0,16; 0,93), МН=7,08,  $p=0,007$ ; развитие ОНМК – 100% ( $n=2$ ). Установлена взаимосвязь между наличием генотипов СТ либо ТТ по МТГФР и развитием повторного ОИМ (критерий Монте-Карло 0,001), повторной реваскуляризацией (критерий «Монте-Карло» 0,002), развитием НС (критерий «Монте-Карло» 0,001), развитием ОНМК (критерий «Монте-Карло» 0,001).

**Выводы.** Генотипы СТ либо ТТ по МТГФР определяют повышение уровня ГЦ в 1-е сутки ОИМ ( $r=0,534$ ,  $p=0,001$ ); на 14-е сутки ОИМ ( $r=0,314$ ,  $p=0,048$ ) и опосредуют осложнения в течение года после ОИМ: развитие повторного ОИМ (критерий «Монте-Карло» 0,001), повторная реваскуляризация (0,002), развитие нестабильной стенокардии (0,001).

## ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ СЛУХА И ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ШУМОВЫХ ВОЗДЕЙСТВИЯХ МЕТОДОМ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ

*И.Г. Бовт, В.М. Василец, Е.И. Позднякова, Н.В. Бармина, В.М. Мичурин  
ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург*

На работников ведущих профессий (сборщиков, рубщиков и др.), занятых строительством судов с ядерной энергетической установкой, воздействует комплекс вредных производственных факторов,

среди которых наибольший вред здоровью наносит шум, достигающий уровней 97-125 дБА, в сочетании с локальной вибрацией, токсическими веществами (марганец, хром и др.).



Удельный вес профессиональной тугоухости в структуре профессиональной заболеваемости в судостроении составляет 45%. При этом у работников указанных профессий нормальный слух определяется в 23,4% и 38,8% случаев, признаки воздействия шума на орган слуха в 30,8% и 38,8% случаев и профессиональная нейросенсорная тугоухость (ПНСТ) в 45,9% и 22,5% случаев соответственно.

Воздействие интенсивного шума приводит к изменениям других систем организма: сердечно-сосудистой, нервной и пищеварительной. Существующие методы лечения ПНСТ (медикаментозные, физиотерапевтические и другие) малоэффективны.

Метод ТЭС-терапии разработан в институте физиологии им. И.П. Павлова РАН, и его новизна подтверждена авторскими свидетельствами и патентами. Основным лечебный эффект ТЭС связан с усилением выделения мозгом  $\beta$ -эндорфина и других опиоидных пептидов, оказывающих анальгезирующее действие и участвующих в регуляции центральной гемодинамики, в процессах репарации, стрессовых, иммунных реакциях и др. Сущность методики заключается в воздействии через покровы черепа импульсного тока прямоугольной формы через фронтальные и ретроастиоидальные электроды.

Лечение проводилось 125 мужчинам-судостроителям с различной степенью потери слуха от признаков воздействия шума на орган слуха до ПНСТ значительной степени. Для лечения использовался аппарат «Трансаир-01В». Проведено 3 курса лечения по 10 сеансов каждый, интервалы между курсами составляли от 3 до 7 месяцев. Лечение проводилось в заводском санатории-профилактории.

Наиболее выраженный положительный эффект наблюдался уже после двух курсов лечения. Так в 35,5% случаев у работников с признаками воздей-

ствия шума на орган слуха происходила нормализация слуха. У больных с легкой степенью ПНСТ в 100% случаев был диагностирован переход в доклиническую стадию тугоухости (признаки воздействия шума на орган слуха). Улучшение слуховой функции в 43,5% наступало и у больных с умеренной степенью тугоухости – у этих больных после лечения наблюдался переход в легкую степень ПНСТ. К сожалению, у работников со значительной степенью ПНСТ отчетливого положительного клинического эффекта не получено.

У лиц, получавших ТЭС-терапию, отмечено отчетливое улучшение общего состояния здоровья, которое проявлялось уменьшением жалоб на головные боли, головокружения, боли в области сердца, утомляемости, раздражительности, нарушения сна, зябкости рук, парестезии в руках, судорог икроножных мышц, диспептических нарушений и др. ( $p < 0,001$ ). Объективно наблюдалось уменьшение вегетативных и вегетативно-сосудистых нарушений: в 2 раза и более уменьшилось число лиц с повышенными цифрами систолического и диастолического АД ( $p < 0,001, 0,01$ ), снизилось число лиц с тахикардией, с гипотермией кистей, с мраморной окраской кистей и туловища ( $p < 0,001$ ), с выраженным дермографизмом, с гипергидрозом ладоней, стоп, с общим гипергидрозом, с тремором пальцев вытянутых рук ( $p < 0,05$ ) и т.д.

Таким образом, использование ТЭС-терапии позволяет эффективно лечить ПНСТ в доклинической и начальных клинических стадиях (легкой и умеренной степени). Важно отметить, что положительные результаты периодических курсов ТЭС-терапии были устойчивы и наблюдались несмотря на то, что обследуемые между курсами лечения продолжали работать в условиях шума.

## ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

*А.Н. Богданов, С.Г. Щербак*

*ФГКВБОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург  
ГБУЗ «Городская больница №40» Курортного административного района, Санкт-Петербург*

Тромбоцитопении (Тр) – большая группа геморагических заболеваний и синдромов, характеризующихся снижением количества тромбоцитов ниже  $150 \times 10^9/\text{л}$ . Системная красная волчанка (СКВ) нередко сопровождается развитием Тр, основными причинами которой являются: 1) иммунные механизмы; 2) васкулит; 3) тромботическая тромбоцитопеническая пурпура; 4) медикаменты; 5) злокачественные опухоли.

**Иммунные тромбоцитопении.** Наиболее часто иммунная Тр выявляется у больных СКВ. Главную роль в деструкции тромбоцитов у больных СКВ играют аутоантитела к мембранным гликопротеинам тромбоцитов, однако у 1/3 больных выявляются аутоантитела к тромбopoэтину. Выраженный геморагический синдром возникает у 40% больных с количеством тромбоцитов ниже  $20 \times 10^9/\text{л}$ , однако вероятность летального исхода даже при тяжелой

тромбоцитопении не превышает 5%. Иммунная тромбоцитопения при СКВ напрямую не связана с повреждением внутренних органов и увеличением риска летального исхода, но ведет к более высокому риску осложнений и ухудшению прогноза. Это подтверждается достоверно более высоким значением индекса кумуляции необратимых повреждений (SLICC/ACR Damage Index) у больных СКВ по сравнению с контролем. Стандартное лечение, включающее в себя глюкокортикостероиды, иммуноглобулин и спленэктомию, при иммунной тромбоцитопении у больных СКВ оказывает эффект реже, чем при иммунной тромбоцитопенической пурпуре. Препаратами резерва являются моноклональные антитела, иммунодепрессанты, цитостатики, (интерферон- $\alpha$ , даназол, ромиплостим и элтромбофаг.

**Васкулит.** Среди причин, обуславливающих худшие результаты лечения иммунной Тр у больных СКВ, важное значение имеет активация комплемента и иммунокомплексный васкулит. Ассоциированный с тромбоцитами С4d выявляется почти у 20% больных СКВ, обычно при наличии волчаночного антикоагулянта и антифосфолипидных антител. Активация комплемента, выявляющаяся при иммунной тромбоцитопении у больных СКВ, сопряжена с увеличением вероятности тромбозов.

**Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура (ТТП)** развивается у 0,5-1,0% больных СКВ. Клиническая картина характеризуется лихорадкой, геморрагическим синдромом в связи с развитием Тр потребления, гемолитической анемией с отрицательной прямой пробой Кумбса, неврологическими расстройствами и повреждением других органов и систем, обусловленными ишемическими повреж-

дениями микроциркуляторного русла тромбоцитарными гиалиновыми тромбами. При иммунной форме заболевания, которая обычно развивается при СКВ, для постановки диагноза необходимо молекулярно-генетическое исследование с целью выявления нарушений фермента ADAMTS-13.

Тромбоцитопения, обусловленная применением медикаментов. Диагноз медикаментозно индуцированной Тр обоснован, если: 1) лечение предшествует развитию Тр; 2) отсутствует связь с препаратом; 3) другие причины Тр исключены; 4) после отмены препарата происходит восстановление исходного уровня тромбоцитов; 5) при возобновлении лечения вновь развивается Тр. Механизмами развития индуцированной медикаментами Тр являются: 1) иммунные комплексы; 2) индукция антител; 3) информационные изменения антигенов тромбоцитов на фоне лечения; 4) ТТП. Индуцировать Тр могут многие препараты, используемые для лечения СКВ, что необходимо учитывать в клинической практике.

Сочетание ревматических и онкологических заболеваний. У больных СКВ чаще, чем в популяции, развиваются некоторые злокачественные опухоли, прежде всего гемобластозы (ГБ). Наиболее часто при СКВ выявляются неходжкинские лимфомы, реже – острый лейкоз, миелодиспластические синдромы и другие ГБ. Для своевременного выявления ГБ необходимо тщательное клиническое и лабораторное наблюдение. При выявлении изменений, не характерных для СКВ (выраженная лимфоаденопатия и спленомегалия, абсолютный лимфоцитоз, признаки дисплазии кроветворения), требуются дополнительные исследования (стерильная пункция, трепанобиопсия, иммунофенотипирование, биопсия лимфатических узлов) с целью верификации диагноза.

## ОБ ИТОГАХ ПРОВЕДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН В 2012 ГОДУ

*Н.В. Бойцова, Р.К. Чурсина, А.А. Авдюшкин*

*ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург*

В течение 2012 года дополнительную диспансеризацию (ДД) в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» на базе Центральной и промышленных поликлиник КБ №122 им. Л.Г.Соколова ФМБА России завершили 1300 работающих промышленных предприятий г. Санкт-Петербурга, в том числе 716 женщин (55%) и 584 мужчины (45%) в возрасте 49-65 лет.

Анализ результатов дополнительной диспансеризации работающих граждан показал, что только 109 человек из 1300 прошедших дополнительную диспансеризацию, или 8,4 % оказались практически здоровыми и отнесены к I группе здоровья.

359 человек, или 27,6 % от общего числа осмотренных работающих граждан, включенных во II группу здоровья, имели риск развития заболева-

ний и нуждались в проведении профилактических мероприятий.

В самую многочисленную, III группу здоровья, вошло 793 (61,0 %) человека, которым требовалось дополнительное обследование с целью уточнения диагноза в амбулаторных условиях.

В дополнительном обследовании и лечении в стационарных условиях нуждались 34 человека, прошедших диспансеризацию и отнесенных к IV группе здоровья (2,6 %).

При проведении обследования у 5 человек (0,4%), оказавшихся в V группе здоровья, выявлены хронические заболевания, явившиеся показаниями к выполнению высокотехнологичной медицинской помощи в различном объеме.

Распределение работающих граждан по группам здоровья по итогам дополнительной диспансеризации 2011-2012 гг. приведено в таблице 1.

Таблица 1

**Распределение работающих граждан, прошедших ДД, по группам здоровья**

Группы здоровья	Период проведения диспансеризации	
	2011 г.	2012 г.
1 группа	13,8%	8,4%
2 группа	32,0%	27,6%
3 группа	49,5%	61,0%
4 группа	4,2%	2,6%
5 группа	0,5%	0,4%

В 2012 году отмечено увеличение числа лиц, включенных в III группу здоровья, в сравнении с показателями предыдущего года, обусловленное, вероятно, увеличением среднего возраста обследованных граждан.

В группу риска развития хронических неинфекционных заболеваний вошло 359 человек (27,6% обследованных).

В общей сложности у работающих, прошедших дополнительную диспансеризацию в 2012 году, зарегистрировано 3503 различных заболеваний, из которых ранее установленных хронических – 89% и 11% – впервые выявленных.

Ведущее место в структуре выявленных в рамках ДД заболеваний занимают болезни глаза и его придаточного аппарата – 877 случаев, или 25% от общего числа (таблица 2). Значительную часть составляют заболевания сердечно-сосудистой – 742 случая (21,2 %), костно-мышечной системы и соединительной ткани – 406 случаев (11,5 %) и заболевания мочеполовой системы – 382 (10,9%).

В ходе дополнительной диспансеризации у 65 человек были установлены социально значимые заболевания, из которых 7 случаев установлено впервые, что составило 10,7 % от общего числа выявленных социально значимых заболеваний. В указанную группу заболеваний вошли 6 случаев сахарного диабета, 1 случай злокачественного новообразования, 3 случая глаукомы.

Таблица 2

**Распределение работающих граждан, прошедших ДД, по группам здоровья**

Класс заболевания по МКБ	Всего с ранее установленным диагнозом	Всего с впервые установленным диагнозом
A00 – T98	3121	382
A00 – B99	2	4
C00 – D48 (C00 – C97)	47(8)	6(1)
D50 – D89	66	10
E00 – E90	196	80
G00 – G99	187	7
H00 – H59	817	60
H60 – H95	12	5
I00 – I99	680	61
J00 – J99	45	1
K00 – K93	224	15
L00 – L99	15	2
M00 – M99	385	21
N00 – N99	352	30
S00 – T99	4	-
Прочие	85	80

В ходе дополнительной диспансеризации не выявлено ни одного случая туберкулеза.

По итогам обследования взято на диспансерный учет 213 человек (16,3%) преимущественно с заболеваниями сердечно-сосудистой, эндокринной системы и органов зрения, которые подлежат последующему наблюдению узкими специалистами амбулаторного звена.

Показатели потребности в госпитализации – 25 человек (1,9%) и в санаторно-курортном лечении – 49 работающих (3,7%) коррелировали с результатами прошлого года.

**Заключение:**

1. Выполнение плана по дополнительной диспансеризации работающих граждан в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» за 2012 год составило 100 %.

2. В ходе ДД более чем у 70% осмотренных граждан выявлены 3503 различных заболевания, что составило 4,2 заболевания на одного человека.

3. В структуре заболеваемости наибольший удельный вес занимают болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни системы кровообращения, костно-мышечной системы и соединительной ткани.

4. Граждане с выявленными хроническими заболеваниями (V группы здоровья) направлены в стационар КБ №122 им. Л.Г.Соколова для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

5. По результатам ДД за 2012 г. определены задачи по профилактике и раннему выявлению лиц с заболеваниями органов зрения, системы кровообращения и опорно-двигательного аппарата.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО ГАСТРОПАРЕЗА У БОЛЬНЫХ С ДЛИТЕЛЬНОМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

*И.А. Бондарь, А.С. Копнина*

*ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», Новосибирск*

**Цель исследования.** Выявить наиболее частые клинические симптомы диабетического гастропареза у больных с длительным течением сахарного диабета (СД) 1 типа.

**Материалы и методы.** Проведено обследование 15 больных СД 1 типа (5 женщин, 10 мужчин) в возрасте 17-58 ( $34,5 \pm 12,1$ ) лет с длительностью заболевания 7-32 ( $16,9 \pm 7,66$ ) лет, диабетическим гастропарезом на фоне длительного течения СД 1 типа. У всех больных отсутствовала органическая патология ЖКТ. Средний уровень гликированного гемоглобина был  $10,4 \pm 2,04\%$ . У всех больных диабетический гастропарез был подтвержден данными рентгеноскопии желудка на основании замедления эвакуации бария. Проанализированы данные клинической картины заболевания, анамнеза, объективного осмотра, степени компенсации СД, инструментальных и лабораторных исследований. Проведены стандартные кардиологические пробы (проба Вальсальвы, тест с глубоким дыханием), осмотр невролога (для определения чувствительности), осмотр офтальмолога (глазное дно).

**Результаты.** Клинические симптомы, такие как тошнота, рвота, быстрое чувство насыщения,

боли в эпигастральной области отмечались у 8 из 15 больных, у 7 человек гастропарез не имел характерных клинических признаков. Гипогликемические состояния в утренние и дневные часы, подтвержденные низким уровнем гликемии, наблюдались у 12 из 15 человек. Гипогликемии были обусловлены замедлением эвакуации пищи из желудка. У 6 пациентов с диабетическим гастропарезом отмечалось снижение массы тела от 4 до 9 кг. Развитие гастропареза не зависело от уровня гликемии. У 11 из 15 больных патология сочеталась с кардиоваскулярной формой диабетической автономной нейропатии, периферической полиневропатией, пролиферативной ретинопатией. Наличие гастропареза у всех больных потребовало изменения диеты, схемы и доз инсулинотерапии и коррекции водно-электролитных нарушений.

**Выводы.** Диабетический гастропарез у 47% больных имеет стертое течение и проявляется частыми гипогликемическими состояниями в утренние и дневные часы, снижением массы тела. Последнее определяет необходимость обследования для исключения наличия гастропареза у больных с гипогликемиями и потерей массы тела.

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

*И.А. Бондарь, А.С. Малышева*

*ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», Новосибирск*

**Цель исследования.** Провести анализ факторов риска гестационного сахарного диабета (ГСД) в зависимости от сроков беременности.

**Материалы и методы.** Проанализированы данные анамнеза, наследственной отягощенности по сахарному диабету (СД), оценены индекс массы тела (ИМТ)

до беременности, уровень гликемии при постановке диагноза и проводимая сахароснижающая терапия у 34 беременных с ГСД (средний возраст  $30,6 \pm 7,2$  года).

**Результаты.** ГСД диагностирован у 10 (29%) беременных в 1 триместре беременности (средний уровень гликемии  $9,2 \pm 3,8$  ммоль/л), у 15 (44%)







анализа результатов аутопластики, выполненной традиционным и предложенным новым способом, удалось подобрать сопоставимые группы больных со сходными условиями, влияющими на регенерацию, только при ранениях локтевого нерва на предплечье.

Разработанный способ дал благоприятных исходов восстановления функции локтевого нерва на 37% больше по сравнению с традиционным способом аутопластики. Имеется статистически достоверное различие по критерию Стьюдента ( $P < 0,05$ ).

## РЕЙТИНГ ЛАБОРАТОРНЫХ МАРКЕРОВ В ПРЕДСКАЗАНИИ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ СЕПСИСОМ (ЛИМФОЦИТЫ, ПРОКАЛЬЦИТОНИН, ТРОПОНИН, Д-ДИМЕР)

*Н.В. Бородин, Н.Ю. Семиголовский, Д.А. Захаров, А.В. Малашенко, А.Н. Дрыгин  
ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург*

**Цель:** определить прогностическую значимость лабораторных маркеров (прокальцитонин – Пр, тропонин I – Тр, Д-димер – Дд, относительное содержание лимфоцитов периферической крови – Лф, абсолютное содержание лейкоцитов – Лк) у больных сепсисом различной этиологии с различными исходами, проходивших интенсивную терапию в отделении реанимации.

**Методы.** Проведено ретроспективное изучение истории болезни 69 больных (39 умерших и 30 выживших), находившихся на лечении в отделении реанимации в 2010-2011 г.г., у которых, судя по электронной базе данных клинико-диагностической лаборатории, хотя бы однократно отмечалось повышение уровня Тр более 0,2 нг/мл (т.е. более 2 номиналов «cut off»).

**Результаты.** У выживших примерно в равных долях были представлены как причины сепсиса: пневмония – у 11 (37%), абдоминальный сепсис – у 10 (33%) и уросепсис – у 9 пациентов (30%). В подгруппе умерших причиной развития сепсиса у 16 (41%) больных послужила вне- и внутрибольничная пневмония, у 16 (41%) – интраабдоминальные и забрюшинные инфекционные процессы, и лишь у 7 (18%) – уросепсис. Оценка исходной тяжести состояния больных по шкале SAPS II, а также средние исходные лабораторные показатели достоверно не различались. Выжившие реанимационные больные сепсисом были достоверно младше умерших в среднем на 10 лет ( $p=0,001$ ), причем в обеих подгруппах обследуемых мужчин и женщин было почти поровну.

Ни один из изученных маркеров не имел достоверных различий в средних величинах между

группами выживших и умерших, исключая уровень прокальцитонина ( $6,45 \pm 0,66$  у умерших против  $4,55 \pm 0,81$  у выживших,  $p=0,050$ ) и относительного содержания лимфоцитов периферической крови –  $16,1 \pm 1,3$  против  $10,9 \pm 1,3\%$  ( $p=0,045$ ). Впрочем, средние уровни Тр ( $3,01 \pm 1,78$  против  $1,04 \pm 0,65$ ) и Дд ( $6,45 \pm 0,66$  против  $4,55 \pm 0,81$ ) в группе умерших имели тенденцию к повышению в сравнении с таковыми у выживших при сходном среднем уровне Лк ( $12,93 \pm 0,95$  против  $12,49 \pm 0,72$ ).

Срок смерти больных сепсисом, как оказалось, не имел сколько-либо значимой корреляционной связи ни с уровнем Тр крови ( $r=-0,05$ ,  $p>0,05$ ), ни с содержанием Дд ( $r=-0,21$ ,  $p>0,05$ ), а вот содержание в крови Пр было связано с ним обратной достоверной корреляционной связью –  $r=-0,58$  ( $p<0,05$ ). Достаточно тесная корреляционная связь выявлялась между сроком смерти больных и уровнем лимфоцитов периферической крови  $r=0,66$  ( $p<0,05$ ).

**Выводы.** Уровень прокальцитонина и, особенно, относительное содержание лимфоцитов периферической крови являются достоверными прогностическими маркерами летального исхода у больных сепсисом с повышенным (более 2 раз) содержанием Тр крови. Менее отчетлива прогностическая роль у Д-димера, тропонина и абсолютного содержания лейкоцитов периферической крови. С учетом результатов наших исследований о прогностической значимости лимфоцитопении при остром инфаркте миокарда (Семиголовский Н.Ю., 1994, 1998) и тромбозмболии легочной артерии (Семиголовский Н.Ю., 2011) этот показатель можно рассматривать как универсальный маркер неблагоприятного исхода у реанимационных больных с жизнеопасными состояниями.

## ВЛИЯНИЕ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ФОРМУ ЭРИТРОЦИТОВ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ВНУТРИСОСУДИСТЫМ ЛАЗЕРНЫМ ОБЛУЧЕНИЕМ КРОВИ

<sup>1</sup>А.Х. Бутаев, <sup>2</sup>Д.Т. Пулатов, <sup>1</sup>И.М. Байбеков

<sup>1</sup>Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан

<sup>2</sup>Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

При язвенных кровотечениях имеет место снижение доли нормальных эритроцитов (дискоцитов) и их патологических форм. В биоптатах желудка и 12-перстной кишки при язвенных кровотечениях выявлено доминирование в просвете сосудов патологических форм эритроцитов. Сравнительное изучение соотношения дискоцитов и патологических форм эритроцитов в крови из области кровоточащей язвы и крови из пальца не проводилось. Внутрисосудистое лазерное облучение крови (ВЛОК) – эффективный метод коррекции форм эритроцитов, его влияние на эритроциты периферической крови при язвенных кровотечениях не изучено. Нами для оценки формы эритроцитов разработан экспресс-метод толстой капли (ЭМТЛ) (Патент Республики Узбекистан № DGU 01195 от 22.12.2006). Ранее для этого использовали только сканирующую электронную микроскопию (СЭМ) – затратный и трудоёмкий метод.

**Цель исследования.** Выявить изменения формы эритроцитов периферической крови при язвенном кровотечении, показать эффективность ВЛОК в их коррекции и сопоставить ЭМТК и СЭМ в оценке этих изменений.

**Материалы и методы.** Эритроциты крови изучали методами ЭМТК и СЭМ до и после ВЛОК (не менее

5 сеансов) с помощью аппарата «Матрикс-ВЛОК» (излучающая головка КЛ-ВЛОК,  $\lambda$  0,63 мкм, мощность на выходе световода 1,5-2 мВт, специальные иглы с тефлоновым покрытием). Контрольную группу составили пациенты с язвенными кровотечениями, которым проводили гемостатическую терапию без ВЛОК. Кровь здоровых добровольцев принята за норму.

**Результаты и обсуждение.** Язвенные кровотечения приводят к выраженному снижению доли дискоцитов в периферической крови с 89,3 до 56,5%, суммарная доля патологических форм эритроцитов составляет 43,5%. В крови из язв доля дискоцитов гораздо выше – 44%. Гемостатическая терапия без ВЛОК приводит к возрастанию дискоцитов до 66%. Использование ВЛОК увеличивает долю дискоцитов до 72%. Сравнительная оценка результатов исследования эритроцитов с помощью СЭМ и ЭМТК показала их полную сопоставимость.

**Выводы.** При язвенном кровотечении снижение доли патологических форм эритроцитов более выражено в крови из области язв. ВЛОК – эффективный метод коррекции соотношения эритроцитов разных форм при язвенном кровотечении. ЭМТК – адекватный способ их оценки.

## ПСИХИАТРИЯ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ: ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТЕЙ И ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ

<sup>2</sup>Н.П. Ванчакова, <sup>1</sup>А.П. Попов, <sup>2</sup>Г.Р. Гелазония, <sup>1</sup>А.А. Пятницкий,  
<sup>1</sup>В.Х. Оропеса Антесана, <sup>1</sup>В.П. Халлайчева

<sup>1</sup>ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург  
<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
имени акад. И.П. Павлова» МЗ РФ

В настоящее время считается достоверным на основании результатов исследований, выполненных с соблюдением критериев доказательной медицины, то обстоятельство, что иммунные, эндокринные и эмоциональные реакции организма человека являются следствием выброса одних и тех же агентов в ЦНС. Это означает, что имеется возможность реализации холистического подхода к лечению пациентов с психическими расстройствами за счет воздействия на каждый из указанных компонентов. И это означает возрастание участия психиатра в лечении больных, госпитализируемых в многопрофильные соматические стационары. Однако до настоящего времени развитие службы психиатрии консультирования и взаимодействия в структуре многопрофильного стационара и/или поликлиники, специалисты которой призваны лечить психические нарушения, не соответствует возрастающим потребностям. Опираясь на опыт 15-летней работы в ФГБУЗ КБ №122, а также на данные отдела статистики за 2012 год, число больных, пролеченных в стационаре, составило около 23 тысяч, а число посещений в поликлинике превысило 130 тысяч. Изучение частоты встречаемости психических расстройств среди пациентов соматических стационаров установило, что психические нарушения регистрируются у 70-90% больных, и 40-50% больных нуждаются в лечении у психиатра. Изучение поликлинического контингента больных установило, что психические расстройства регистрируются у 35-45% больных, и все они нуждаются в лечении у психиатра или психотерапевта. Следовательно, можно прогнозировать, что обращаемость в службу психиатрии консультирования и взаимодействия (ЦПСМ) КБ №122 составит 11 тысяч человек (50% от пролеченных в стационаре) и 10 тысяч пациентов, принятых на амбулаторный прием (треть от всех первичных пациентов). В действительности же число пациентов, обратившихся в ЦПСМ «по заболеванию», составило менее 2 тысяч человек. И это отражает не только позицию пациентов, но и позицию врачей, которые, несмотря на наличие психических расстройств, продолжают лечить таких больных как соматических или неврологических пациентов.

Необходимость проведения первичных и профилактических медицинских осмотров, определяемая приказом № 302-н Министерства здравоохранения и соцразвития РФ от 12.04.2011 года, обусловило 20 тысяч обращений лиц декретированного контингента в течение года. Это повлекло за собой увеличение нагрузки до 33 приемов в день на одну ставку врача. Обращаемость «по заболеванию» составила всего 4%, т.е. каждый 25 пациент. При этом сотрудниками ЦПСМ было проведено исследование, показавшее эффективность скрининга сотрудников прикрепленных предприятий с хорошей выявляемостью клинических и субклинических проявлений тревоги, депрессии, психосоматических нарушений и аддиктивных расстройств. Часть данного исследования была оформлена и утверждена в виде Методических рекомендаций МЗ СР РФ по раннему выявлению и профилактике аддиктивных расстройств на предприятиях. Однако применение таких методов обследования требует соответствующей регламентации.

Дальнейшее развитие службы психиатрии консультирования и взаимодействия затруднено, в том числе теми обстоятельствами, что психические заболевания любого регистра не являются страховым случаем и, соответственно, лечение таких больных не оплачивается страховыми компаниями. Среднее время пребывания больного в стационаре (по данным статистики за 2012 год), составило 7,3 дня. Принимая во внимание интенсивность лечебного процесса во время госпитализации, психотерапевтическая работа представляется крайне затруднительной. Наряду с этим включение специалиста по психиатрии консультирования и взаимодействия в лечебный процесс довольно часто позволяет снизить лекарственную нагрузку на пациента за счет купирования патогенетических механизмов, оптимизировать лечебный процесс и повысить качество жизни пациента.

**Выводы:** 1. Одним из направлений оптимизации работы службы психиатрии консультирования и взаимодействия в ФГБУЗ КБ №122 является внедрение скрининга сотрудников прикрепленных

предприятий с высвобождением сил и средств для проведения клинической работы.

2. При высокой интенсивности и продуктивности работы соматических подразделений многопрофильной клинической больницы внимание к коррекции душевного состояния пациентов представляется недостаточным.

3. Для реализации холистического подхода к лечению пациентов в ФГБУЗ КБ №122 и, как следствие, качества жизни больных, особенно в ремиссии, необходима оптимизация всего комплекса лечебных мероприятий, и фармакотерапия в том числе, с участием специалистов службы психиатрии консультирования и взаимодействия.

## МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКОЛОГИИ ПРИ УТИЛИЗАЦИИ СУДОВ С ЯДЕРНОЙ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ УСТАНОВКОЙ

*В.М. Василец, И.Г. Бовт, Н.В. Бармина, Е.И. Позднякова, Г.В. Стягова*  
ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург

В период разделки и утилизации судов с ядерной энергетической установкой (ЯЭУ) в воздух рабочей зоны выделяются высокотоксичные металлы-аллергены: марганец, хром, никель и др. У 100 работников основных профессий, занятых утилизацией судов с ЯЭУ, проведено исследование марганца, хрома и никеля в волосах. Волосы – удобный для сбора, транспортировки и анализа биологический материал, отражающий не кратковременные сдвиги в обмене веществ, а позволяющий оценивать воздействие токсических веществ, накапливаемых в организме. Полученные результаты сопоставлялись с данными исследования волос на содержание марганца, хрома, никеля у лиц, никогда не контактировавших с токсическими металлами и проживающих в г. Санкт-Петербурге. За норму принимали среднее значение концентрации марганца, хрома, никеля, к которому была прибавлена величина, равная двум сигмам.

У работников, занятых утилизацией судов с ЯЭУ, установлены высокие концентрации в волосах марганца, хрома и никеля. Так содержание марганца в волосах выше нормы обнаружено у 78,0% работников, а содержание хрома – у 97,0% лиц; число лиц

с повышенным содержанием никеля составляло лишь 6,0%. Средние концентрации марганца, хрома и никеля зависели от стажа работы в судостроительной промышленности и были наиболее высокими при стаже работы 20 лет и более.

В Центре атомного судостроения, расположенного в г. Северодвинске, проводится строительство, ремонт и утилизация судов с ЯЭУ. Существующей технологией предусмотрен большой объем работ по электросварке, газорезке, приводящий к образованию пыли высоких концентраций как на рабочих местах, так и в помещениях цехов. Через вентиляционные системы воздух из цехов попадает в воздушный бассейн города. Расстояние жилых домов от цехов составляет 1,5-10 км и, следовательно, может оказывать отрицательное влияние на экологию региона. Полученные данные дают основание предполагать, что вдыхаемый работниками воздух, а возможно, почва и вода, содержат повышенные концентрации металлов и, в частности, марганца и хрома. Это положение подтверждается более высоким содержанием токсических металлов у жителей г. Северодвинска в сравнении с жителями г. Санкт-Петербурга.



## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

О.А. Васюткова, И.Г. Цветкова

ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1», Областной диабетологический центр, Тверь

**Цель исследования.** Провести анализ эпидемиологии сахарного диабета у взрослого населения Тверской области.

**Материалы и методы.** Анализ данных государственного регистра сахарного диабета (СД) Тверской области (ТО) за период 2006-2011 гг.

**Результаты и их обсуждение.** При анализе распространенности СД среди взрослого населения ТО за 6 лет установлено, что распространенность СД увеличилась на 46,5% (с 1907 до 2794 на 100 тыс. населения). Распространенность ИЗСД возросла на 24%, а ИНСД – на 51,5%. Заболеваемость СД в ТО увеличилась за 6 лет на 14,9% (с 204,9 до 235,5 на 100 тыс. населения). Рост заболеваемости ИЗСД составил 108%, а ИНСД – только 8,5%. Распространенность и заболеваемость СД, по данным регистра, выше среди сельского населения. Средний возраст у мужчин с ИЗСД –  $32,97 \pm 0,45$  года, у женщин –  $40,63 \pm 0,47$  года ( $p < 0,001$ ), ИНСД у мужчин –  $57,18 \pm 0,13$  года, у женщин –  $60,26 \pm 0,07$  года ( $p < 0,001$ ). Пик распространенности ИНСД в 2006 г. (7167,56 на 100 тыс. населения) приходился на возраст 75-79 лет, а в 2011 г. (7819,54 на 100 тыс. населения) – на возраст 60-64 года. Смертность больных СД в 2005 г. составила 69,21 на 100 тыс. населения, в 2011 г. этот

показатель оказался значительно меньше – 47,3 на 100 тыс. населения ( $p < 0,001$ ). Основными причинами смерти больных ИЗСД стали хроническая сердечно-сосудистая недостаточность (ХССН, 19,5%), нарушения мозгового кровообращения (НМК, 19,5%), хроническая почечная недостаточность (ХПН, 4,9%); у больных ИНСД-ХССН (20,1%), НМК (19,7%), инфаркт миокарда (3,1%). До 50% случаев смерти пациентов с ИЗСД и ИНСД составили причины, не связанные с СД. Доля аналогов инсулина человека, используемых в терапии СД, в 2006 г. была 11,4%, генно-инженерных инсулинов – 89,6%; в 2011 г. эти показатели составили 30,9% и 69,1% соответственно. В 2006 г. доля секретогогов в лечении ИНСД составляла 86%, метформина – 12%, комбинированных препаратов – 2%, в 2011 г. доля секретогогов составила 50,8%, метформина – 58,8%, комбинированных препаратов – 6,1%, инкретинов – 1,7%. Таким образом, наблюдается рост распространенности и заболеваемости СД в ТО. При этом показатели по ИНСД сопоставимы с данными по ЦФО и РФ, а по ИЗСД – существенно выше в ТО, что может быть объяснено историческим проживанием финно-угорской популяции на территории области. В лечении ИЗСД и ИНСД за 2006-2011 гг. произошли положительные изменения, которые, видимо, являются одной из причин снижения смертности больных с СД.

## СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ: ЭВОЛЮЦИЯ АЛГОРИТМОВ

Е.К. Верцинский, Н.Ю. Семиголовский, Е.В. Иванова, Б.А. Азанов

ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург

Внезапная смерть (ВС), весьма свойственная кардиологическим больным, является показанием для проведения сердечно-легочной реанимации (СЛР). Общеизвестным алгоритмом СЛР полвека являлся принцип «ABCD», предложенный Р. Safar. Научно-практический опыт показал, вместе с тем,

что непосредственными механизмами ВС чаще всего оказываются вовсе не респираторные проблемы, а сердечные аритмии.

Нами установлено, что прекардиальный удар эффективен при фибрилляции желудочков, желудочковой тахикардии и асистолии, вопреки пред-



ставлениям P. Safar. Это позволило предложить алгоритм «УНИВЕРСАЛ» (Семиголовский Н.Ю. и соавт. 1999, 2001), составленный по первым буквам шагов СЛР: Удар (прекардиальный), Непрямой массаж сердца, Инъекция (катетер на игле в наружной яремной вене), Вентиляция (неинвазивная), Е (ЭКГ), Разряд (дефибрилляция), Стимуляция (электрокардио-)/ введение Соды, Адреналина и/или Атропина и/или Лидокаина (в зависимости от выявленного по ЭКГ вида и длительности остановки кровообращения). Каждый последующий шаг выполняется при безрезультатности предыдущего.

Анализ 157 случаев ВС в нашем стационаре показал, что использование алгоритма «УНИВЕРСАЛ» позволило повысить выживаемость внезапно умерших больных с 20 до 55% в отделениях стационара и с 40 до 76% – в отделении кардиореанимации. Любопытно, что уже в крупном клиническом исследовании A. Halstroem и соавт. (2000) как первичные (выживаемость), так и вторичные (оценка неврологического дефицита) результаты т.н. «безвентиляционной» СЛР оказались лучше, чем при полной схеме, включавшей интубацию и ИВЛ. Анализ статистических показателей отделения кардиореанимации обнаружил, что внедрение алгоритма привело к снижению внутрибольничной летальности острых коронарных больных до 2,9-4,0% при остром инфаркте миокарда в 1998-2010 гг. При этом лица пожилого и старческого возраста составляли в отделении 56,3-61,5-56,4% соответственно в 2008-2010 гг., а больные старше 75 лет составили 17,4-32,7-26,2%. Любопытно при этом, что средний возраст умерших от острого инфаркта миокарда составил в 2008 г. – 79,8, в 2009 – 80,7 года, а в 2010 – 80,2 года.

С внедрением алгоритма «УНИВЕРСАЛ» появилась реальная возможность задействовать потенциал среднего медперсонала (медицинские сестры отделения оказываются ближе всего к ургентному больному в момент срабатывания «тревожного» сигнала кардиомонитора и неоднократно восстанавливали сердечную деятельность больных при внезапной остановке кровообращения путем нанесения прекардиального удара, налаживания чреспищеводной кардиостимуляции и т.д.). Отмечено также снижение частоты ятрогенных осложнений СЛР в виде травмирования грудной клетки, легких, трахеи, сердца, по сравнению с периодом использования традиционной СЛР.

Примечательно, что в вопросах СЛР западные специалисты оказались в роли «догоняющих». Последние рекомендации по СЛР (2008) Американской Кардиологической Ассоциации уже в названии, как видно, содержат предложенный нами принцип отказа от приоритета респираторной поддержки: «Hands-Only (Compression-Only) Cardiopulmonary Resuscitation: A Call to Action for Bystander Response to Adults Who Experience Out-of-Hospital Sudden Cardiac Arrest». А Рекомендации, опубликованные в 2009 году Европейской Ассоциацией Кардио-

торакальных хирургов, «Guideline for resuscitation in cardiac arrest after cardiac surgery» предлагают (наконец-то!) начинать СЛР при остановке сердца после кардиохирургических вмешательств с... прекардиального удара. В 2008 г. была предложена методика «MICR» (Minimally Interrupted Cardiac Resuscitation) – минимально прерываемая кардиореанимация (Bobrow B.J. ea., 2008), предлагающая проведение циклов НМС по 200 компрессий (1 цикл) без дыхания рот в рот с последующим анализом пульса и 1-кратной дефибрилляцией, «если показано». Интубация трахеи при таком алгоритме предлагается только после проведения 3-х последовательных безуспешных циклов НМС. Итогами применения такой методики стало увеличение доли выживших с 1,8% до 5,4%.

Согласно Международному консенсусу по СЛР (International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation..., 2005), реанимацию следует начинать с 2-минутной СЛР (соотношение надавливаний на грудину при НМС 30:2, выполнять 5 циклов), затем осуществить электроимпульсную терапию. Причем рекомендуется дефибрилляция 1 разрядом (а не 3-я подряд, как, по не понятным нам соображениям, предлагалось в Гайдлайнах прежде и стало весьма привычной сценой в зарубежных художественных кинофильмах недавних лет).

Любопытно, что в названном Международном консенсусе СЛР (2005) специально указывается, что разряд лучше наносить биполярным импульсом, впервые, кстати, предложенным Н.Л. Гурвичем (1939) в лаборатории В.А. Неговского. Этот импульс отличал все советские дефибрилляторы от монофазной конструкции, разработанной Лауном в США в 1960-х годах. 60 лет нас догоняли?!

Согласно Рекомендациям Американской Ассоциации Кардиологов (ААК) 2008 года, с этого времени проводить дыхание «рот в рот» стало обязательным. «"Поцелуй жизни" опасен после сердечного приступа!», – кричали заголовки информационных лент по TV и в Интернете ('Kiss of life' increases risk after heart attack!). Непрямой массаж сердца – подчеркивали издания – является оптимальным методом СЛР при внезапной остановке сердца у взрослых.

В 2008 г. ААК совместно с Комитетом неотложной кардиоваскулярной помощи (Emergency Cardiovascular Care committee) стали рекомендовать очевидцам внезапной смерти взрослых людей в первую очередь заниматься НМС, не отвлекаясь на вентиляцию легких (recommended that bystanders who witness a sudden collapse in an adult should give chest compressions without ventilations). Методика была кратко сформулирована как «Кардиореанимация сдавливаниями груди» или «исключительно ручная реанимация» (chest compression-only CCR; hands-only CPR).

Последние 3 пересмотра Американских рекомендаций по СЛР (2008, 2009, 2010, как видно,

ставших уже ежегодными ввиду резкого нарастания интереса к этой проблематике) были приняты после анализа результатов 3 крупных исследований, опубликованных в 2007 году.

Крупнейшее среди них – японское, проанализировавшее свыше 4000 смертей у более 1151 больного (SOS-KANTO, 2007). Это исследование показало, что СЛР путем только непрямого массажа сердца дает лучшие неврологические исходы, чем ABCD: 22% против 10%.

«Выяснилось, что НМС не уступает традиционному методу реанимации... В первые минуты после остановки сердца необходимости в искусственном дыхании нет, так как кровь пострадавшего все еще насыщена кислородом. Гораздо важнее максимально быстро восстановить кровоток с помощью надавливаний грудной клетки, не прерываясь на дыхание «рот в рот», – разъясняли западные издания, – «в США около 310 тысяч человек ежегодно умирают от внезапной остановки сердца. По статистике, в случае, если приступ происходит вне стен больницы, шанс на выживание составляет примерно 6%. При быстром и правильном проведении реанимации вероятность выживания удваивается или даже утраивается...». Последнее, как мы показали выше, справедливо и для внутригоспитальной СЛР (см. выше).

Наконец в октябре 2010 г. Американская Ассоциация Кардиологов распространила новый алгоритм С-А-В (Compressions-Airway-Breathing),

окончательно отменивший ABCD (Airway-Breathing-Compressions...) и закрепленный отныне в Гайдлайнах АКА (Field J.M. е.а., 2010) при внезапной смерти для взрослых и детей (но не новорожденных!).

У детей, а также в случае утопления или передозировки наркотиков, по-прежнему, с нашей точки зрения, следует рекомендовать чередование искусственного дыхания с непрямым массажем сердца.

Итак, принципы СЛР, используемые нами в последние 20 лет и сформулированные в алгоритме «УНИВЕРСАЛ», сегодня уже стали общепризнанными как у нас в стране, так и за рубежом – в странах ЕЭС и в США (Wik L. E.a., 2003; Stotz M. e.a., 2003; Jacobs I.G. e.a., 2005; Bohm K., 2007; Ewy G.A., 2005, 2007; International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation..., 2005; Guideline for resuscitation in cardiac arrest..., 2009; Field J.M. e.a., 2010 и др.).

Наш алгоритм активно цитируется разнообразными инструкциями, учебниками, пособиями и медицинскими образовательными сайтами в Интернете (Страшнов В.И., Корячкин В.А., 2002; Бубнов В.Г., Бубнова Н.В., 2007; <http://meduniver.com/Medical/Neotlogka/>; <http://www.bakulev.ru/> и др.).

«За всю историю пролива Ла-Манш в нём не утонуло столько людей, сколько почил в реанимационных отделениях», – образно выражался Питер Сафар, не подозревая, что 2/3 этих жертв было принесено на алтарь научных заблуждений благодаря принципу ABCD.

## БЕССИМПТОМНЫЕ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

<sup>1</sup>И.В. Вологодина, <sup>1</sup>Б.А. Минько, <sup>2,3</sup>В.Н. Федорец

<sup>1</sup>ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» МЗ РФ, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН<sup>3</sup>

<sup>3</sup>ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Выявление и анализ нарушений сердечного ритма у больных пожилого и старческого возраста со злокачественными новообразованиями различной локализации, протекающих бессимптомно.

**Материалы и методы.** Проведен анализ использования суточного мониторинга ЭКГ по Холтеру (ХМ ЭКГ) у 106 больных (54 мужчины и 52 женщины) со злокачественными новообразованиями различной локализации. Из общего числа 56 больных

(29 мужчин и 27 женщин) госпитализировано для проведения химиолучевой терапии, 50 больных (25 мужчин и 25 женщин) для оперативного лечения. Средний возраст  $75,6 \pm 6,4$  (95% ДИ 68,3-81,6). У всех обследованных пациентов отсутствовали жалобы, указания на нарушения ритма в анамнезе и изменения на ЭКГ. Обследование включало регистрацию ЭКГ, ХМ ЭКГ и эхокардиографию. Оценивалось количество экстрасистол, наличие суправентрикулярной или желудочковой тахикардии, пароксизмов фибрилляции предсердий, эпизодов

транзиторной брадикардии с ЧСС < 40 уд./мин., пауз ритма продолжительностью > 2с и эпизодов атрио-вентрикулярной блокады. Градации желудочковых экстрасистолий оценивались по Лауну. Полученные в процессе исследования данные обрабатывались с помощью программной системы STATISTICA for Windows (версия 5.11).

**Результаты исследования.** В связи с тем, что наблюдаемые нами пациенты были пожилого и старческого возраста, большинство из них имели предшествующий отягощенный кардиальный анамнез различной длительности. Они ранее, как правило, лечились с различными формами ишемической болезни сердца (чаще стенокардией и артериальной гипертензией) в кардиологических отделениях. 27,3% перенесли инфаркт миокарда. У всех больных диагностировалось не менее 3-5 хронических заболеваний, количество которых с возрастом прогрессивно увеличивалось. Наиболее часто диагностировались сопутствующая дисциркуляторная энцефалопатия (48%), анемия (39%), ожирение (39%), сахарный диабет (28%), нарушение функции почек, бронхообструктивные заболевания (8,9%). Результаты выполненной ЭХОКГ показали, что существенное значение в диагностике

сердечной недостаточности имеет количественная оценка диастолической дисфункции миокарда левого желудочка, выявленной у 75% обследованных пациентов. Методом доплер-эхокардиографии установлено, что повышение максимальной скорости легочной волны А более 35см/с и превышение её продолжительности более 30 мс указывает на повышение жесткости левого желудочка с чувствительностью 85% и специфичностью 79%.

Среди обследованных больных в 51 (48%) случае обнаружены клинически значимые нарушения сердечного ритма и их сочетания. Самыми распространенными формами аритмий были ригидный синусовый ритм (72%), наджелудочковая экстрасистолия (69,3%), пароксизмы фибрилляции предсердий (35,6%), желудочковая экстрасистолия (46%). Короткие эпизоды желудочковой экстрасистолии выявлены у 8 (7%) больных.

**Выводы.** Результаты исследования указывают на важное значение диагностической информации, полученной с помощью суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру для планирования и проведения химиолучевой терапии и оперативного лечения у больных старших возрастных групп со злокачественными новообразованиями различной локализации.

## ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ТЕСТОСТЕРОНОМ У МУЖЧИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Н.В. Ворохобина, Т.А. Зеленина, О.Е. Чебыкина, А.Б. Земляной  
ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет  
имени И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург  
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ, Москва*

**Цель исследования.** Определить влияние заместительной терапии тестостероном на течение диабетической полинейропатии у мужчин с синдромом диабетической стопы.

**Методы исследования.** Обследованы 49 мужчин пожилого возраста с синдромом диабетической стопы и дефицитом тестостерона. Определены метаболические параметры компенсации диабета и тяжесть его осложнений. Больные разделены на две группы методом слепой выборки. В основной группе (25 человек) проводили терапию тестостероном (смесь эфиров тестостерона 250 мг в/м 1 раз в две недели) на протяжении 6 месяцев. Больные из группы сравнения (24 человек) получали плацебо. Повторное обследование проводили через 6 месяцев.

**Результаты.** Больные обеих групп не отличались по возрасту, длительности и степени компенсации сахарного диабета, антропометрическим параметрам. У всех пациентов установлены выраженная сенсомоторная нейропатия и автономная кардиальная нейропатия. Одинаково часто встречалась тяжелая кардиальная автономная нейропатия (9/25 и 6/24 соответственно,  $\chi^2=0,57$ ,  $p=0,24$ ). Терапия тестостероном не сопровождалась достоверными изменениями антропометрических параметров, метаболических показателей, а также тяжести сенсомоторной полинейропатии, однако привела к восстановлению вазомоторных реакций и приросту артериального давления при проведении пробы с ортостазом (в группе лечения случаев ортостатической гипотензии через 6 месяцев терапии не

наблюдалось). В группе контроля достоверные изменения исследуемых показателей на протяжении 6 месяцев не зарегистрированы.

**Выводы.** Заместительная терапия тестостероном привела не только к значительному повышению

качества жизни мужчин пожилого возраста с синдромом диабетической стопы, но и к облегчению течения кардиальной автономной нейропатии, и, соответственно, улучшению прогноза в отношении дальнейшей инвалидизации и смертности, что требует глубокого всестороннего изучения.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕВОГИ, СТРЕССА И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

*И.М. Габитов, В.Л. Филиппов*

*ФГУП «НИИ гигиены, профпатологии и экологии человека»  
Федерального медико-биологического агентства, Санкт-Петербург*

Центральную роль в происхождении панических расстройств играют эмоции тревоги, вызванные стрессом.

Тревога – переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагоприятного исхода, предчувствия тревожной опасности, реальной угрозы своей жизни и жизни своих близких. Стресс – эта реакция на конкретную, реальную опасность.

Такое свойство личности, как тревожность, вызванная стрессом, во многом обуславливает неконтролируемое изменение обмена веществ, поведения человека. Тревога известна каждому. Многие испытывают ее ежедневно даже в связи с напряженной или опасной работой, постоянными переменами в жизни. Тревога – это сигнал об угрожающих изменениях в организме или внешнем мире, и в связи с этим она играет приспособительную роль, однако если она выражена чрезмерно, то, напротив, у человека на подсознательном уровне происходят функциональные изменения, т.е. процессы, протекающие при этом, не поддаются контролю.

Тревога представляет собой чувство напряжения, вызванное степенью тяжести ожидания, сопровождающееся некоторыми типичными объективными признаками (учащение дыхания, нервное и мышечное напряжение). Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной деятельности мозга личности. У каждого человека, работающего на объектах ФМБА и проживающего на прилегающих территориях, существует как свой оптимальный, или желательный уровень тревожности – это так называемая «полезная» тревожность, так и уровень запредельной тревожности, вызванный стрессом или другими экстремальными ситуациями, представляющими угрозу жизни. Эта так называемая

запредельная тревожность вызывает устойчивые изменения в регуляции деятельности различных систем организма.

Можно выделить два вида тревожности – личностную и ситуационную.

Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий диапазон ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность личностная тревожность активируется при восприятии определенных стимулов или ситуаций, расцениваемых человеком лишь как опасные для самооценки и/или самоуважения.

Ситуационная, или реактивная тревожность как состояние характеризуется объективно переживаемыми эмоциями: чрезмерным напряжением, беспокоем, озабоченностью из-за безвыходности ситуации, вызванной внешними воздействиями, нервозностью и повышенной психоэмоционального состояния. Эта эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию, вызванная факторами различной природы, может быть разной по интенсивности и динамичной по времени. Организм при этом подсознательно принимает единственно правильное решение – это изменение функционального состояния организма на молекулярно-клеточном уровне, поскольку изменение условий, вызывающих стресс, невозможно.

Следует отметить, что собственно тревога характеризуется появлением неожиданной, неконтролируемой опасности и невозможностью предотвратить источник угрозы, в результате чего у человека возникает страх за себя, за семью, со всеми вытекающими при этом обстоятельствами.



Однако стресс нельзя отождествлять с тревогой. Тревога – это комбинация эмоций, вызванных страхом. Стресс складывается из определенных и вполне специфических физиологических и биохимических изменений, экспрессивного поведения и специфических переживаний, проистекающих из ожидания конкретной угрозы.

Стресс является естественным процессом, формируется на ранних стадиях развития, впоследствии сопровождая человека в течение всего жизненного пути.

Стресс как внезапная и мощная эмоция может не осознаваться потенциально опасной ситуацией. Человек не может контролировать свое состояние в ситуациях, представляющих реальную угрозу, особенно сопровождающихся мыслями и воспоминаниями о переживаемой ситуации, связанной с угрозой жизни. Последний фактор сам по себе усиливает стресс и приводит к устойчивым изменениям, в частности к болезням Паркинсона и Альцгеймера.

Стресс – очень сильная эмоция, которая оказывает весьма заметное влияние на перцептивно-когнитивные процессы и поведение индивида. Когда мы испытываем стресс, наше внимание резко сужается, заостряясь на объекте или ситуации,

сигнализируя нам об опасности. В стрессе человек перестает полностью принадлежать самому себе, он живет одним единственным стремлением, подсознательно желая устранить угрозу, чтобы избежать опасности, но эту причину он не может изменить. В этом случае не следует думать, что человек в состоянии сконцентрироваться и мобилизовать свою энергию, контролировать свое поведение и предотвратить процессы в организме, которые приводят к устойчивым изменениям в ЦНС, вследствие чего могут развиваться болезни Паркинсона и Альцгеймера. Поэтому стресс следует рассматривать как состояние индивида, когда, в зависимости от ситуации, его поведение выходит из-под контроля. Существующие психологические тесты и опросники не позволяют быстро, точно и объективно оценивать функциональное и психоэмоциональное состояния лиц, работающих в экстремальных условиях.

В связи с этим наша задача – разработать комплекс мер (объективных и точных методов) для выявления психоэмоционального состояния, для диагностики функционального состояния лиц, работающих в экстремальных условиях, а также профилактики и устранения возникающих при этом нарушений на раннем этапе их развития.

## ИЗУЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ЦИТОКИНОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ РЕАКТИВНЫМ АРТРИТОМ

*Т.В. Гапонова, А.М. Лиля, Т.Г. Шемеровская, Г.А. Захарова, Т.Н. Масляева  
СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница №25», Санкт-Петербург  
ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет  
имени И.И.Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург*

**Цель работы.** Изучение содержания IL-1 $\beta$ , IL-4, IL-6, TNF- $\alpha$ , IFN $\gamma$  и IL-IRa в сыворотке крови у больных РеА различной этиологии в сравнении с артритами, связанными с инфекцией.

**Материалы и методы.** Обследовано 38 больных РеА (20 женщин и 18 мужчин), 10 больных артритами, связанными с инфекцией (6 женщин и 4 мужчины) и группа контроля – 11 здоровых доноров. Средний возраст больных РеА составил 32,2 $\pm$ 1,8 года, средняя продолжительность заболевания – 20,4 $\pm$ 7,9 месяца. В группу РеА вошли больные урогенитальной этиологии – 18 (47,4%) пациентов, 12 (31,6%) постэнтероколитических больных РеА и 8 (21%) HLA-B27(+) больных РеА, этиологию которых установить не удалось. Группу больных артритами, связанными с инфекцией, составили пациенты после перенесенной невери-

фицированной носоглоточной и стрептококковой инфекции. Средний возраст больных составил 34,9 $\pm$ 5,2 года, средняя продолжительность заболевания – 4,9 $\pm$ 1,7 месяца.

Уровни IL-1 $\beta$ , IL-4, IL-6, IFN $\gamma$ , TNF- $\alpha$  и IL-IRa у больных определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием набора реагентов фирм «Цитокин» и «Протеиновый контур» (Санкт-Петербург, Россия).

**Результаты исследования.** Несмотря на близкие значения диапазона средних IL-1 $\beta$ , IL-4, и TNF- $\alpha$  в группе больных РеА и контрольной группе, их медианы и диапазон разброса данных существенно отличались, что обеспечило достоверность отличий между ними по критерию Вальда. Содержание IL-1 $\beta$  было достоверно выше у больных РеА в сравнении с группой здоровых доноров (min+max 0 $\div$ 544 пг/мл



и  $17 \pm 67$  пг/мл, Me 0 и 40 пг/мл соответственно,  $p < 0,01$ ), как и содержание TNF- $\alpha$  ( $\min \pm \max$   $0 \pm 617$  пг/мл и  $15 \pm 50$  пг/мл, Me 0 и 30 пг/мл соответственно,  $p < 0,01$ ). Уровень IL-4 сыворотки крови у больных РеА был достоверно ниже в сравнении с группой здоровых доноров ( $28,6 \pm 12,36$  пг/мл и  $29 \pm 2,71$  пг/мл, Me 0 и 25 пг/мл соответственно,  $p < 0,001$ ), как и уровень IL-IRa ( $71,25 \pm 29,07$  пг/мл и  $187 \pm 18,58$  пг/мл, Me 0 и 193 пг/мл соответственно  $p < 0,001$ , критерий Манна-Уитни). Значимых различий в цитокиновом

профиле больных РеА и артритами, связанными с инфекцией, выявлено не было.

#### **Выводы.**

Полученные данные указывают на провоспалительный Th1 характер цитокинового профиля обследованных нами больных РеА и подтверждают наиболее распространенную в настоящее время гипотезу патогенеза РеА, в основе которой лежит дисбаланс цитокинов.

## **МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ЖИТЕЛЕЙ БЛОКАДНОГО ЛЕНИНГРАДА**

*Э.Г. Гаспарян, Г.О. Осташко*

*ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург  
ГБУЗ «Клиническая городская больница №46 Святой Евгении», Санкт-Петербург*

**Цель исследования.** Изучение МПКТ у лиц пожилого и старческого возраста, жителей блокадного Ленинграда (ЖБЛ), при сахарном диабете (СД) и различных заболеваниях щитовидной железы (ЩЖ) для оптимизации терапии.

**Материалы и методы.** Обследованы 202 пациента, поступивших в эндокринологическое отделение больницы №46. Из них 120 (59%) – ЖБЛ в возрасте 65–88 лет. Контрольную группу составили 82 человека – не ЖБЛ в возрасте 60–84 лет. У 91 (45%) человека был СД 1 или 2 типа различной степени тяжести, у 111 (55%) человек – различные заболевания ЩЖ. У 53 (58%) больных СД сочетался с патологией ЩЖ. Всем пациентам проводили клинико-лабораторное обследование, исследование тиреоидного статуса, УЗИ ЩЖ и брюшной полости. Денситометрию проводили на аппарате LUNAR фирмы GENERAL ELECTRIC (США). Результаты оценивали на основании t-критерия в стандартных отклонениях (SD) от пиковой костной массы здоровых лиц.

**Результаты и обсуждение.** Результаты денситометрии были распределены в зависимости от патологии эндокринной системы. Изменения

МПКТ выявлены у 86,1% больных СД, у 88,7% пациентов больных СД в сочетании с патологией ЩЖ и у 88,3% лиц с различными заболеваниями ЩЖ. Однако у больных с патологией ЩЖ остеопороз наблюдался чаще, чем у больных СД и больных СД в сочетании с патологией ЩЖ (55%, 47,2% и 41,5% соответственно,  $p > 0,05$ ). Нарушения МПКТ достоверно чаще наблюдались у ЖБЛ, чем у лиц контрольной группы (92,5% и 81,3%,  $p < 0,05$ ). При этом более выраженные нарушения МПКТ (остеопороз) также значительно чаще встречались у больных ЖБЛ с эндокринной патологией по сравнению с контрольной группой (57,5% и 39%). Изменения МПКТ у лиц с патологией ЩЖ не зависели от характера заболевания (диффузный токсический зоб, аутоиммунный тиреоидит в эутиреозе, гипотиреоз или узловой зоб).

**Выводы.** 1) Частота остеопороза и остеопении у больных СД и различными заболеваниями ЩЖ пожилого и старческого возраста составила 85–88% вне зависимости от характера эндокринной патологии. 2) У ЖБЛ установлена более высокая частота остеопении и остеопороза по сравнению с лицами пожилого и старческого возраста контрольной группы.

## СТРОМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

*В.Н. Горбачев, В.А. Кащенко, Р.В. Орлова, В.В. Тоидзе, Т.В. Савельева, Е.А. Сишкова, Е.Г. Солоницын, Д.В. Распереза*  
ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург

Среди новообразований желудочно-кишечного тракта стромальные опухоли занимают не более 3%. Более чем у половины больных рост новообразований сопровождается развитием желудочно-кишечного кровотечения или кишечной непроходимости, что является причиной госпитализации пациентов в многопрофильные стационары. Отсутствие в практике большинства многопрофильных больниц рутинного использования иммуногистохимического метода оценки удаленных препаратов, невысокая распространенность с-kit-позитивных новообразований, отсутствие клинической направленности на диагностику столь редкой нозологической формы – все это определяет проблему крайне низкой выявляемости стромальных опухолей желудочно-кишечного тракта.

Решение данной проблемы видится в воспроизведении современных стандартов диагностики и лечения онкологических больных во всех крупных учреждениях многопрофильной помощи. Ключевая роль в этом принадлежит как правильной организации работы патоморфологической службы, так

и совершенствованию междисциплинарных взаимодействий между хирургами, онкологами, эндоскопистами, патоморфологами, диагностами и другими специалистами.

Доклад построен в формате презентации 12 клинических наблюдений за период 2007-2012 гг. Дооперационная диагностика включала, наряду со стандартными диагностическими процедурами, компьютерную томографию с болюсным контрастированием, капсульную эндоскопию, энтероскопию. Клинико-инструментальные проявления новообразований позволили заподозрить стромальную опухоль до операции, однако во всех случаях окончательная верификация заболевания была достигнута только в послеоперационном периоде после завершения иммуногистохимического исследования. Сопоставление клинических, хирургических и гистологических прогностических критериев позволило распределить пациентов по группам риска. У 5 пациентов высокого риска в программу комплексного лечения включена таргетная терапия Иматинибом (Гливек).

## СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ И ВОДНОГО БАЛАНСА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

*С.А. Горбачёва*  
ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Тверь

**Цель исследования.** Изучить особенности гемодинамики и водного баланса (ВБ) у женщин с сахарным диабетом 2 типа (СД2) и артериальной гипертензией (АГ).

**Материалы и методы.** Обследованы 70 женщин, больных СД2 (основная группа), средний возраст  $54,5 \pm 6,51$  года, давность заболевания СД2  $10,9 \pm 0,71$  лет и АГ –  $13,8 \pm 1,24$  лет. Во вторую

группу (сравнения) были включены 30 пациенток ( $52,6 \pm 5,63$  лет) с АГ ( $10,2 \pm 1,53$  лет). Всем больным проведено общеклиническое и инструментальные исследования. Изучали следующие показатели гемодинамики: ударный объем (УО); сердечный индекс (СИ) с определением типа кровообращения; общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС). Реографически оценивали параметры, отражающие водный баланс: ОЦК, ОВЖФ, ОВЖД,

по которым делали заключение о нормо-, гипо- и гипергидрозе.

**Результаты и обсуждение.** По данным анамнеза, в обеих группах преобладали пациенты со 2-й (25,7% и 20,7% соответственно) и 3-й (64,3% и 62,1%) степенями АГ. Ожирение имело место у 77,1% больных 1-й группы (у 95,7% из них – абдоминального типа) и у 65,5% группы сравнения (у 89,7% из них – абдоминального типа). Результаты центральной гемодинамики позволили выявить следующие закономерности: УО в основной группе пациентов составил  $64,2 \pm 1,65$  мл, а во 2-й –  $74,5 \pm 1,89$  мл ( $p < 0,01$ ), при этом в 1-й он отмечался сниженным у 40% больных против 13,8% группы сравнения ( $p < 0,01$ ); СИ был в 1-й группе  $2,5 \pm 0,07$  л/мин./м<sup>2</sup> и  $2,9 \pm 0,11$  л/мин./м<sup>2</sup> ( $p < 0,01$ ) в группе сравнения, ниже нормы он регистрировался в 20% случаев в 1-й группе и в 3,45% во 2-й ( $p < 0,01$ ). Анализ типа кровообращения показал, что у больных 1-й группы преобладал гипокINETический тип

– 67,1% против 3,4% во 2-й группе; ( $p < 0,01$ ), на долю эукинетического приходилось, соответственно, 28,6% и 75,9% ( $p < 0,01$ ) и гиперкинетического типа – 4,3% и 20,7% ( $p < 0,01$ ). Результаты изучения ОПСС указывали на его повышение  $2223,4 \pm 69,0$  дин\*с/см-5 у большинства обследованных (94,3%) с СД2 против  $1586,1 \pm 80,0$  дин\*с/см-5 группы сравнения (55,2%) ( $p < 0,01$ ). Анализ показателей водного баланса указывал, что нормогидроз и гипергидроз чаще встречаются у пациентов с АГ по сравнению с больными СД2 (24,1% против 18,6%;  $p < 0,05$  и 13,8% против 7,1%;  $p < 0,01$ ). Напротив, пациенток с гипогидрозом было больше в группе больных СД2 (74,3% против 62% обследованных с АГ;  $p < 0,05$ ).

Таким образом, у пациенток с СД2 по сравнению с больными АГ отмечается снижение УО, СИ, а также увеличение ОПСС. У них преобладает гипокINETический тип нарушения гемодинамики и чаще регистрируется снижение объема внеклеточной жидкости.

## БРАХИТЕРАПИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: РЕЗУЛЬТАТЫ 5-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

*В.П. Горелов, С.И. Горелов, А.В. Артюшкин, И.Е. Мухина*

*ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург  
ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический  
медицинский университет» МЗ РФ*

**Введение.** Брахитерапия является безопасным и эффективным методом радикального лечения локализованного рака предстательной железы (РПЖ). В России к 2013 г. интерстициальная лучевая терапия внедрена в 19 клиниках, но только в 2-х центрах операции проводятся под КТ-контролем. Применение при имплантации стереотаксической приставки к компьютерному томографу (КТ) позволяет расширить возможности метода и выполнять брахитерапию (БТ) больным с различной степенью риска рецидивирования РПЖ, а также пациентам с большим объемом предстательной железы (ПЖ).

В ФГБУЗ «Клиническая больница №122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России» (г. Санкт-Петербург) брахитерапия с использованием стереотаксической приставки к компьютерному томографу выполняется с октября 2007 года. За время работы пролечено 823 пациента, подавляющее большинство которых находятся под нашим наблюдением.

**Цель исследования.** Оценить результаты 5-летнего наблюдения за пациентами, перенесшими БТ РПЖ под контролем стереотаксической приставки к КТ.

**Материалы и методы.** К январю 2013 г. период наблюдения не менее 60 месяцев достигнут у 144 больных. Средний уровень ПСА до начала лечения составил  $12,4 \pm 8,0$  нг/мл (от 2,15 до 41,0). Средний возраст пациентов составил  $68,3 \pm 6,7$  лет. К группе низкого риска рецидивирования РПЖ относились 53 (36,8%) пациента, к группе среднего риска – 66 (45,8%), высокий риск был определен у 25 (17,4%) мужчин. Всем больным была выполнена БТ под контролем КТ, использовались закрытые микроисточники <sup>125</sup>I. Операция выполнялась под спинно-мозговой анестезией. Всем пациентам из группы умеренного и высокого риска рецидивирования дополнительно проводилась имплантация источников излучения в ткань семенных пузырьков, а также назначалась эндокринная терапия.

**Результаты.** За время наблюдения контакт с 7 (4,8%) пациентами был потерян, 11 (7,6%) больных умерли от причин, не связанных с РПЖ. Из оставшихся 126 больных рецидив РПЖ диагностирован у 16 (12,7%): 6 (4,7%) мужчин (все из группы среднего и высокого риска) умерли из-за прогрессии забо-

левания, у 7 (5,5%) пациентов (низкого, среднего и высокого риска) диагностирован биохимический рецидив (повышение ПСА на 2 нг/мл и более по сравнению с надир), у 3 (2,4%) пациентов (среднего и высокого риска) выявлено метастатическое поражение костей и регионарных лимфатических узлов. Таким образом, средняя 5-летняя безрецидивная выживаемость составила 87,3%. Данный показатель различался в зависимости от группы риска рецидивирования: в группе низкого риска – 94,4%, в группе среднего риска – 89,4% и в группе высокого

риска – 76,0 %. За 5 лет наблюдения у 110 (87,3%) пациентов всех групп риска не получено клинических и лабораторных данных за рецидив заболевания. Средний уровень ПСА через 60 месяцев после операции составил  $1,23 \pm 1,19$  нг/мл.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности брахитерапии у больных локализованным раком предстательной железы с различным риском рецидивирования заболевания.

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ХЛОРИНА Е6 ДЛЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

*С.И. Горелов, Е.З. Щербаковский*

*ФГБУЗ «Клиническая больница №122 им. Л.Г.Соколова  
Федерального медико-биологического агентства России», Санкт-Петербург  
ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический  
медицинский университет» МЗ РФ*

**Цель исследования.** Сравнить чувствительность и специфичность флуоресцентной диагностики (ФД) при использовании препарата 5-АЛК и препарата хлорина е6 в диагностике рака мочевого пузыря (РМП).

**Материалы и методы.** Анализ данных ФД основан на результатах обследования 126 больных РМП. Проведено сравнение 2 препаратов – 5-АЛК («Аласенс») и препарата хлорина е6 («Фотодитазин»). «Аласенс» вводился внутрипузырно в дозе 1,5 г, «Фотодитазин» – двумя различными способами: внутривенно и внутрипузырно. При внутривенном способе введения препарат вводился в дозе 1,0 мг/кг (средняя доза 80,0 мг), при внутрипузырном применении – в дозе 10,0 мг. Время экспозиции – 2 часа.

**Результаты.** При первичной диагностике папиллярных новообразований чувствительность метода при введении «Аласенса» – 95,8%, «Фотодитазина» в/в – 97,4%, «Фотодитазина» в/пузырно – 98,5% ( $p > 0,05$ ). Специфичность 66,2%, 72,3% и 73,7% соответственно ( $p > 0,05$ ). При первичной диагностике плоских эндотелиальных поражений слизистой оболочки МП чувствительность метода

при введении «Аласенса» – 93,2%, «Фотодитазина» в/в – 97,2%, «Фотодитазина» в/пузырно – 98,2% ( $p > 0,05$ ). Специфичность 66,2%, 67,3% и 72,1% соответственно ( $p > 0,05$ ).

При контрольной флуоресцентной цистоскопии (через 4-6 недель после ТУР МП) чувствительность в диагностике папиллярных опухолей при применении «Аласенса» – 93,8%, «Фотодитазина» в/в – 95,5%, «Фотодитазина» в/пузырно – 96,5% ( $p > 0,05$ ). Специфичность – 68,4%, 70,3% и 71,5% соответственно ( $p > 0,05$ ). Чувствительность в диагностике плоских поражений – 93,2%, 94,3% и 96,8% соответственно, ( $p > 0,05$ ). Специфичность – 49,5%, 51,3% и 51,3% соответственно ( $p > 0,05$ ). Низкая специфичность контрольной флуоресцентной цистоскопии обусловлена неспецифическим воспалением слизистой после предшествующей ТУР МП.

**Заключение.** «Фотодитазин» наряду с «Аласенсом» может использоваться для ФД опухолей МП, учитывая, что их чувствительность и специфичность в диагностике поражений мочевого пузыря сопоставимы. «Фотодитазин» возможно применять как внутривенно, так и внутрипузырно, при этом требуемая доза при внутрипузырном введении в среднем в 8 раз меньше, чем при внутривенном.



## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ ЛПУ

*В.А. Григорьев*

*ФГБУЗ «Клиническая больница №122 им. Л.Г.Соколова  
Федерального медико-биологического агентства России», Санкт-Петербург*

Эффективность оперативного управления зависит от наличия информации. Информация должна быть своевременной, достоверной, полной и доступной.

При использовании привычной формы представления информации при контроле за быстроменяющимися процессами работать приходится с устаревшей информацией. Обилие сводок и таблиц с устаревшими данными снижает качество управления.

Современные информационные системы позволяют использовать систему электронных мониторов.

Идеология таких систем для управления клиникой разработана и успешно используется в Клинической больнице №122 имени Л.Г. Соколова. Работа таких мониторов основана на возможности оперативного доступа к информации путем прямых запросов в базу данных, что легко обеспечивают современные информационные системы. Естественно, при условии, что информация в базе данных собирается автоматически, в требуемом объеме и номенклатуре данных.

В электронном мониторе может сочетаться графическое представление структуры или данных с количественными показателями в виде абсолютных

цифр или процентных отношений. При этом монитор позволяет достигать любой степени детализации в рамках информационных полей, определенных для собираемой информации. То есть погружение в информацию по любому показателю может происходить до заданной детальности, не выходя из программы монитора.

Доступ к информации в мониторе разграничен по правам пользователя и, следовательно, обеспечивает информационную безопасность. Глубина погружения в информацию определяется правами доступа пользователя.

Мониторы являются эффективным инструментом для управления запасами медикаментов или расходного материала на отделениях, оперативного контроля использования коечного фонда, использования операционных залов в операционном блоке, при контроле ремонтных или строительных работ, занятости медперсонала, нагрузки оборудования и т.д.

Многолетняя практика использования системы электронного мониторинга показала, что это удобный и эффективный инструмент оперативного управления.

## ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ В МЕДИЦИНЕ

*В.А. Григорьев*

*ФГБУЗ «Клиническая больница №122 им. Л.Г.Соколова  
Федерального медико-биологического агентства России», Санкт-Петербург*

Высказывается мнение, что внедрение информационных технологий принципиально убыточно, так как трудно оценить экономическую эффективность от внедрения информационных технологий, если результаты не являются доходами. Действительно ли внедрение информационных технологий в медицину убыточно, а их отдача выражается только такими качественными показателями, как

повышение качества медицинского обслуживания, облегчение работы медицинского персонала, улучшение управляемости учреждения и др.

Возможно ли количественно сопоставить затраты на информатизацию ЛПУ и полученные результаты?

В существующих способах экономическая эффективность оценивается как соотношение результата к затратам. Если под затратами будем



понимать Совокупную стоимость владения (ССВ) информационной системой, а под результатом будем понимать такие количественные показатели, как предотвращение потерь или экономию материальных ресурсов, можно использовать общепринятые методики расчета экономической эффективности.

Использование данной методики на примерах внедрения девяти ИТ проектов в КБ №122 за период с 1997 по 2011 год показали очевидную окупаемость

успешных проектов внедрения информационных систем в медицине.

Приведенные примеры оценки эффективности внедрения информационных технологий в работу ЛПУ не безупречны и могут быть подвергнуты справедливой критике. Одно бесспорно, даже если считать полученные показатели завышенными, они настолько внушительны, что тезис «о принципиальной убыточности внедрения ИТ» следует считать несостоятельным.

## ЯТРОГЕННЫЕ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ: ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И СПОСОБЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

*В.Г. Григорьев, С.И. Горелов*

*ФГБУЗ «Клиническая больница №122 им. Л.Г.Соколова  
Федерального медико-биологического агентства России», Санкт-Петербург*

**Введение.** Этиологический фактор в формировании стриктур мочеиспускательного канала, наряду с локализацией, количеством и протяженностью сужения, является одним из наиболее значимых. Пусковым механизмом в образовании подавляющего большинства стриктур является уретральная травма. Возникающая в стенке мочеиспускательного канала и окружающих тканях воспалительная реакция приводит к образованию рубцовой ткани и стойкому сужению уретры. Большинство авторов по-прежнему широко используют термин «поствоспалительная стриктура», который, на наш взгляд, не отражает первопричины заболевания. При этом ятрогенному и послеоперационному фактору отводится одно из самых скромных мест в этиологии заболевания.

**Цель исследования.** Определить роль ятрогенного фактора в этиологии структур уретры.

**Материалы и методы.** В основу проведенного исследования положены данные обследования и эндоскопического лечения 422 больных со стриктурами уретры, которые были госпитализированы в урологическое отделение КБ №122 ФМБА России в период с 1999 по 2010 год. Общее количество операций, с учетом повторных, составило 490.

**Результаты.** Из 422 больных у 232 (55%) стриктуры локализовались в передней уретре (меатус, пенильный и бульбозный отделы), у 190 (45%) – в задней (мембранозный, простатический отдел, шейка мочевого пузыря). Этиология стриктур передней уретры оказалась следующая: 30 (12,9%) – по-

слеоперационные (операции по поводу аномалий, стриктур и облитераций уретры), 54 (23,3%) – посттравматические («люковая травма», сексуальные эксцессы), 14 (6%) – инфекционно-воспалительные. Наибольшее количество стриктур (134 – 57,8%) анамнестически имели ятрогенный характер. Они диагностированы в сроки от 3 месяцев до 8 лет после перенесенных трансуретральных операций (ТУР ПЖ и ТУР МП) или манипуляций (цистоскопия, катеризация мочевого пузыря, бужирование уретры).

В задней уретре преобладали большие со стриктурами после перенесенных операций (радикальная простатэктомия, цистэктомия). На их долю пришлось 146 (76,8%) случаев. У 12 (6,3%) пациентов диагностированы ятрогенные стриктуры бульбо-мембранозного отдела, у 14 (7,4%) – посттравматические (ассоциированные с переломом костей таза), а у 18 (9,5%) – постлучевые сужения (дистанционная лучевая терапия по поводу рака предстательной железы).

Таким образом, стриктуры ятрогенного характера в подавляющем большинстве случаев локализовались в передней уретре – 134 (91,8%), из них 94 (70,1%) – в бульбозном отделе.

По способу эндоскопического лечения стриктур бульбозного и бульбо-мембранозного отделов уретры больные распределились следующим образом: 56 (52,8%) пациентам выполнена лазерная оптическая уретротомия (ЛОУ), 50 (47,2%) – «традиционная» внутренняя оптическая уретротомия (ВОУ).

**Обсуждение.** Принято считать, что основным механизмом уретральной травмы при проведении

инструментов по мочеиспускательному каналу является перфорация стенки уретры с образованием «ложного хода», возникающая в результате грубого проведения инструмента «вслепую». В современных условиях эндоскопические инструменты следует вводить под визуальным контролем, что позволяет в большинстве случаев избежать повреждения стенки уретры и парауретральных тканей. Однако несмотря на возможность визуального контроля в ходе малоинвазивных трансуретральных манипуляций, при их повсеместном внедрении количество ятрогенных стриктур, локализуемых преимущественно в бульбозном отделе, возрастает.

Наши наблюдения позволяют сделать вывод, что основной причиной развития стриктур бульбозного и бульбо-мембранозного отделов после

трансуретральных операций является повреждение слизистой уретры керамическим наконечником ректоскопа при его проведении в мочевого пузыря. Механизм такой травмы заключается в циркулярной диэпителизации слизистой без нарушения целостности всех слоев стенки указанных отделов.

**Заключение.** Трансуретральные операции и манипуляции в настоящее время являются самой частой причиной формирования ятрогенных стриктур уретры. Наиболее распространенным местом локализации ятрогенных стриктур является бульбозный отдел мочеиспускательного канала. Использование оптического обтуратора позволяет предотвратить травматизацию слизистой мочеиспускательного канала при трансуретральных манипуляциях.

## ЛЕГОЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В КЛИНИКАХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

<sup>2</sup>С.Л. Гришаев, <sup>2</sup>Н.В. Шарова, <sup>2</sup>Е.С. Орлова, <sup>1</sup>Н.О. Герлах

<sup>1</sup>ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>СПб ГУЗ «Городская больница №32», Санкт-Петербург

В Санкт-Петербурге продолжается эпидемический подъем заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Легочная патология является частым и разнообразным проявлением ВИЧ-инфекции.

**Цель исследования.** Провести анализ легочной патологии у ВИЧ-инфицированных больных, госпитализированных в клиники терапевтического профиля.

**Материалы и методы.** Проведена статистическая обработка 1600 историй болезни ВИЧ-инфицированных больных и анализ 114 историй болезни из различных терапевтических клиник. ВИЧ-инфекция документирована результатами выявления антител к ВИЧ-1/2 методом ИФА с экспртертизой методом иммунного блотинга (New Lav Blot-Bio-Rad, Франция).

**Результаты.** Выявляемость ВИЧ-инфекции у пациентов терапевтического профиля возросла с 2000 по 2011 гг. в 5,4 раза (0,79% и 4,3%). 86,5% больных госпитализированы неотложно. Среди 114 ВИЧ-инфицированных больных преобладали мужчины (2:1). Больные 21-30 и 31-40 лет – 43,8%, > 41 года – 9,2%, < 20 лет – 3,2%. 83,7% больных принимали наркотики, 100% больных злоупотре-

потребляли курением. 66,7% больных состояли на учете в центрах по борьбе с ВИЧ-инфекцией, но не получали постоянно ВААРТ. Средний стаж ВИЧ-инфицирования – 6,4 года, 16% больных сообщили о своем ВИЧ-статусе врачам. Патология легких обнаружена у 43 больных (в 37,7% случаях): у 33 больных – пневмония, у больных ХОБЛ – 2 случая, БА – 1 пациент, впервые выявлен туберкулез легких у 7 больных. О тяжести легочной патологии свидетельствовало наличие у больных двустороннего поражения легких в 19 случаях (44,2%), ОДН 2-3 ст. у 15 больных (34,7%), легочных осложнений у 11 пациентов (деструкция легких – 3; плеврит, эмпиема плевры – 8); перикардита – у 2, эндокардита – у 1, сепсиса – у 1, анемии – у 20, лейкопении – у 8, летального исхода у 2 больных. У 74,4% больных обнаружен HCV. У больных с туберкулезом легких количество CD4-клеток составило 80±08 клеток в мкл.

**Выводы.** В терапевтических стационарах растет доля больных с манифестными проявлениями ВИЧ-процесса (4 ст.), у 1/3 больных с тяжелым течением пневмонии, в 16% случаев выявлен туберкулез легких на фоне глубокого иммунодефицита. Этот факт повышает риск профессионального инфицирования медицинских работников терапевтических клиник.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ КРЫЛОВИДНО-НЕБНОЙ И ПОДВИСОЧНОЙ ЯМОК С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ В ЗАНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЕ ПРОСТРАНСТВО И СТРУКТУРЫ ВИСОЧНОЙ КОСТИ

*Д.А. Гуляев, И.Ю. Белов, С.Я. Чеботарев, Н.А. Примак, Е.Н. Шевченко, Д.А. Кондюков*  
ФГБУ «Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт  
им. проф. А.Л. Поленова», Санкт-Петербург  
ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
имени акад. И.П. Павлова» МЗ РФ  
ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург

**Введение.** Опухоли, вовлекающие подвисочную и крыловидно-небную ямку, весьма разнообразны, однако имеется четкое преобладание злокачественных новообразований. Учитывая агрессивный характер роста таких опухолей и множественные пути сообщений со смежными анатомическими областями к моменту диагностирования, опухоль, как правило, достигает больших и гигантских размеров и занимает несколько соседних регионов. Одним из самых неблагоприятных направлений роста опухоли является инвазия структур височной кости, а именно пирамиды и сосцевидного отростка. Такие опухоли в техническом плане весьма сложны для радикального хирургического удаления в силу объемных анатомических причин.

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения больных с распространенными злокачественными новообразованиями крыловидно-небной и подвисочной ямок с преимущественным распространением в структуры височной кости.

**Материалы и методы.** Работа основана на результате лечения 15 больных со злокачественными опухолями крыловидно-небной и подвисочной ямок с распространением в структуры височной кости, оперируемых в РНХИ им. А.Л. Поленова. Из них женщин было 8, мужчин – 7. Гистологически верифицировали: базально-клеточный рак в 4, плоскоклеточный рак в 3, нейробластома в 1, саркома

различных гистологических типов в 5 и анапластическая менигиома в 2 случаях. Для хирургического лечения в 10 наблюдениях была выполнена субтотальная блок-резекция пирамиды височной кости, две из которых дополнялись радикальной шейной лимфодиссекцией в связи с метастазированием в шейные лимфатические узлы. В оставшихся 5 случаях была применена латеральная краниофациальная блок-резекция.

**Результаты.** Во всех случаях опухоль была удалена тотально. Периоперационной летальности не было. Все больные выписаны в компенсированном состоянии по шкале Karnofsky 70-80%, с длительным – от 18 до 60 месяцев безрецидивным периодом.

**Выводы.** Передне-латеральный и латеральный регион основания черепа характеризуется наличием различных по своей гистологической структуре и значимости образований. Для поражения опухолью этих областей свойственна инвазия большинства анатомических структур, диссекция которых в техническом плане невозможна. Это обстоятельство делает резекцию единым блоком оправданным и адекватным методом лечения. По нашим данным и данным мировой литературы, проведение радикальной блок-резекции в случаях со злокачественными распространенными опухолями в большинстве наблюдений позволяет улучшить качество жизни больных и продлить безрецидивный период.

## РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТА-ЭКСПЕРТА В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ГРУППЫ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ В ФГБУЗ КБ №122 им. Л.Г. СОКОЛОВА ФМБА РОССИИ

О.А. Демина

ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург

ФГБУЗ КБ №122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России осуществляет медицинское обслуживание промышленных предприятий с особо опасными и вредными условиями труда. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности достаточно высокая и колеблется по разным предприятиям от 145 случаев и 1469 дней до 27 случаев и 279 дней на 100 работающих, средняя заболеваемость с ВУТ в 2012 году составила 47 случаев и 836 дней.

Стабильно высоким сохраняется процент заболеваемости с временной утратой трудоспособности в группе часто и длительно болеющих (ЧДБ), поэтому работа с этой категорией не теряет своей актуальности и требует дальнейшего совершенствования.

На небольшую по численности группу ЧДБ, а по КБ №122 она в 2012 году составила 2,3% от общего количества работающих, приходится значительная часть случаев и дней временной нетрудоспособности – 18%.

В 2012 году первичный выход на инвалидность в этой группе составил 15%.

Наибольший удельный вес в группе длительно болеющих занимают пациенты с сердечно-сосудистой патологией, заболеванием нервной системы, после тяжелых операций и онкологические больные.

Работа по выявлению, учету, диспансерному наблюдению, проведению лечебно-оздоровительных мероприятий в группе часто и длительно болеющих, а также постоянный анализ этой деятельности занимает большое место в работе цеховых врачей промышленных поликлиник.

К группе ЧДБ относят лиц, имеющих в течение последних 12 месяцев четыре и более случая и 40 и более дней временной нетрудоспособности по однородным заболеваниям либо 6 и более случаев и 60 и более дней временной нетрудоспособности по разным заболеваниям.

Учитывая, что до настоящего времени нет нормативно-методических документов, регламентирующих этот вид работы, в КБ №122 разработано «Положение о работе с часто и длительно болеющими», где сформулированы критерии внесения в группу ЧДБ и ДБ.

Для оценки эффективности работы с этими пациентами они разделены на три группы:

- 1 группа – лица, подлежащие по принятым кри-

териям внесению в группу ЧДБ, но прекратившие работу на данном предприятии;

- 2 группа – лица, перенесшие операции, травмы, закончившиеся хорошим восстановлением функций и не требующие дальнейшего лечения, женщины, имевшую временную нетрудоспособность по сохранению беременности, и ряд других;

- 3 группа – лица, нуждающиеся в активном наблюдении, разработке индивидуальных лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

3 группа – это именно тот контингент лиц, который подлежит учету как ЧДБ, именно с этим контингентом и работает цеховая служба.

Анализ работы с этой группой проводится по единой схеме по всем подразделениям. Учитываются пол, возраст, классы заболеваний, случаи и дни временной утраты трудоспособности, процент от общей заболеваемости, динамика трудопотерь за 2 года наблюдения, проведение реабилитационных мероприятий с последующим обобщением данных в целом по учреждению.

Проводится экспертная оценка эффективности лечения в группе ЧДБ. Система внутреннего контроля качества включает:

- экспертизу процесса оказания медицинской помощи конкретным больным
- изучение удовлетворенности пациентов
- расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи
- выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок.

Экспертизу качества медицинской помощи пациентам этой группы проводят:

- лечащий врач
- заведующий отделением
- заместитель главного врача по ЭВН
- ВК.

Экспертиза качества медицинской помощи группы ЧДБ проводится очно, по отдельным законченным случаям, при целевом контроле, по медицинской документации.

Заведующие промышленными поликлиниками и поликлиническими отделениями КБ №122 прово-



дят экспертизу по законченным случаям при заболевании с временной утратой трудоспособности в течение месяца и при целевом контроле.

Заместитель главного врача по ЭВН проводит экспертизу в течение года методом случайной выборки или при направленном отборе экспертных случаев ЧДБ.

ВК проводит экспертизу в течение года по представленным пациентам из этой группы.

Эксперт:

- оценивает полноту и своевременность диагностических мероприятий, правильность постановки диагноза, адекватность лечения, проведения реабилитационных и профилактических мероприятий
- выявляет дефекты
- готовит рекомендации по устранению выявленных недостатков.

Результаты экспертных оценок ежеквартально анализируются и используются для изучения эффективности проводимых мероприятий, для планирования мероприятий по совершенствованию лечебно-диагностической, профилактической и реабилитационной деятельности и по повышению квалификации врачей.

В системе лечебно-профилактических мероприятий, проводимых в ФМБА России по сохранению и укреплению здоровья контингента, подлежащего

обслуживанию, важное место принадлежит санаторно-курортному и реабилитационно-восстановительному лечению. В его основу положены научно обоснованные принципы: профилактическая и реабилитационная направленность, преемственность между амбулаторно-диагностическими учреждениями, высокая квалификация и специализация оказываемой санаторной помощи.

Учреждения санаторно-курортного профиля, находящиеся в ведении ФМБА России, являются лечебно-профилактическими учреждениями с преимущественным использованием природных лечебных (курортных) факторов в комплексе с современными методами физиотерапии, фармакотерапии, лечебного питания, ЛФК и др. в условиях активного отдыха и специального режима. Санаторно-курортное лечение позволяет снизить заболеваемость в группе ЧДБ, добиться длительной ремиссии хронических заболеваний. С 2009 по 2012 год в санаториях ФМБА получили лечение 810 работников прикрепленных предприятий, из них 30% из группы ЧДБ.

Работа по выявлению и организации оздоровления группы часто и длительно болеющих работников прикрепленных предприятий является важной и успешно выполняемой задачей в ФГБУЗ КБ №122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России.

## ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ СТРУКТУРЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

*О.В. Дудина, Н.Л. Шапорова*

*ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова» МЗ РФ*

С целью анализа структуры госпитализации пациентов в терапевтическое отделение крупного многопрофильного стационара была проанализирована база данных поступивших больных за 2010 год.

Всего были госпитализированы 1954 пациента, в том числе 782 (0,40) мужчины и 1172 (0,60) женщины. Большая часть (1222 – 0,62) больных поступила планово. У пациентов-мужчин преобладали экстренные показания для госпитализации (321 – 0,44). Основными причинами экстренной госпитализации (первичной за анализируемый период времени) как для мужчин, так и для женщин оказались кардиологическая и пульмонологическая патология, однако гастроэнтерологические нозологические формы в 2 раза чаще встречались у мужчин. При анализе повторных поступлений в экстренном порядке выявлено преобладание кардиальной патологии у мужчин (20 – 0,67) по сравнению с женщинами (17 – 0,45)

и пульмонологической – у женщин (14 – 0,37) по сравнению с мужчинами (5 – 0,17) – различия достоверны ( $\chi^2=3,908$ ,  $p<0,05$ ). Большинство причин первично-плановой госпитализации мужчин и женщин по основным нозологическим направлениям оказались сходными, однако достоверными были различия по онкологическим и пульмонологическим профилям (женщины 52 – 0,10 и 131 – 0,25, мужчины 6 – 0,02 и 108 – 0,36 соответственно,  $\chi^2=23,959$ ,  $p<0,005$ ). Плановое повторное поступление в связи с кардиологическими заболеваниями у женщин было в два раза чаще, чем у мужчин (0,31 и 0,16 соответственно).

Таким образом, выявлены гендерные различия в причинах экстренной, плановой, первичной и повторной госпитализаций, касающиеся преимущественно кардиологических, пульмонологических и гастроэнтерологических нозологических форм.



## ВЗАИМОСВЯЗЬ ВЫЖИВАЕМОСТИ МУЖЧИН СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ КОРРИГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА QT ЭКГ

В.А. Дульский, В.Н. Федорен, Е.М. Мозерова  
ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» МЗ РФ  
ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург  
Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН  
МУЗ «Городская поликлиника №6», Иркутск

В настоящее время в Российской Федерации проводятся единичные исследования, посвященные изучению прогностического значения длительности интервала QTс у взрослых людей. Данных по выживаемости мужчин пожилого и старческого возраста в зависимости от продолжительности интервала QTс в диапазоне 360-420 мс до настоящего времени не проводилось.

**Цель.** Изучить выживаемость мужчин пожилого и старческого возраста в зависимости от продолжительности корригированного интервала QT (ПИQTс) ЭКГ.

**Материалы и методы.** Материалом работы послужило наблюдение за 724 мужчинами в возрасте 60 лет и старше в течение 13 лет. Измерение интервала QT (ИQT) проводили согласно стандарту, принятому большинством специалистов. ПИQTс рассчитывали по формуле:  $QTс = QT_{изм} / \sqrt{R-R}$ , где продолжительность R-R интервала была усреднена из предшествующих 3-х или 4-х интервалов R-R комплекса QRS, в котором измерялся интервал QT.

**Полученные результаты.** Распределение мужчин по возрастным группам в различные моменты наблюдения (на начало исследования, на момент

Таблица 1  
Распределение мужчин по возрастным группам в различные моменты наблюдения

Возрастные группы, лет	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	Всего
На начало	n	232	257	214	21	-	724
	%	30,0	35,5	29,6	29,9	-	100
Окончание	n	34	88	229	232	122	724
	%	4,7	12,2	31,6	32,0	16,9	100
Выбытие	n	5	10	18	13	10	56
	%	8,9	17,9	32,1	23,2	17,9	100
Умершие	n	29	78	118	116	32	377
	%	7,7	20,7	31,3	30,8	8,5	100
Выжившие	n	-	-	93	103	80	291
	%	-	-	32,0	35,4	27,4	100

его окончания, на момент выбытия, на момент смерти, выживших на момент окончания исследования) представлено в таблице 1.

Продолжительность IQTс среди мужчин на момент включения в исследование составила  $407,41 \pm 27,4$  мс (Me 405,01 мс; Q25-Q75: 390,51-422,18 мс).

Представленные в таблице 2 результаты исследования свидетельствуют, что как среди умерших, так и среди выживших мужчин нет увеличения значений ПИQTс с возрастом ( $p > 0,1$ ).

Таблица 2  
Распределение ПИQTс среди мужчин по возрастным группам

Возрастные группы, лет	60-64	65-69	70-74	75-79	Всего	
На начало	n	232	257	214	724	
	M±σ	403,07±24,4	408,27±25,6	411,06±32,3	407,69±18,1	407,41±27,4
	Me	401,10	406,34	406,89	406,82	405,01
	Q <sub>25</sub> -Q <sub>75</sub>	390,16-418,18	389,98-422,97	391,28-423,41	397,08-421,48	390,51-422,18
Среди умерших	n	96	140	127	14	377
	M±σ	405,64±27,8	410,67±24,9	412,34±33,2	405,46±20,5	409,76±28,6
	Me	406,04	409,94	408,93	404,44	408,30
	Q <sub>25</sub> -Q <sub>75</sub>	391,17-420,25	393,98-424,16	393,82-424,50	393,76-413,37	393,49-422,86
Среди выживших	n	123	98	63	7	291
	M±σ	401,94±21,6	404,30±25,2	407,65±32,7	412,14±12,2	404,22±25,4
	Me	400,10	403,07	405,23	410,17	402,75
	Q <sub>25</sub> -Q <sub>75</sub>	390,74-414,99	387,05-419,36	383,16-421,08	402,75-422,03	387,05-419,36

Анализ выживаемости для пяти групп мужчин показал, что чем меньше значения ПИQTс, тем лучше выживаемость. Причём кривые выживаемости с ПИQTс 380-390; 390-400 и 400-410 мс располагаются близко друг к другу и расходятся с кривыми большей ПИQTс. Это наблюдение побудило нас сформировать две группы мужчин: первую – с ПИQTс 380-409 мс [66,7±4,5 лет (Me 67 лет; Q<sub>25</sub>-Q<sub>75</sub>: 62-71 г.)] и вторую – с ПИQTс 410 мс и более [66,7±4,4 лет (Me 67 лет; Q<sub>25</sub>-Q<sub>75</sub>: 63-70)]. Анализ выживаемости в данных группах выявил, что у мужчин с ПИQTс до 410 мс выживаемость лучше, чем у мужчин с ПИQTс 410 мс и более.

Кривая выживаемости мужчин первой группы (ПИQTс менее 410 мс) располагалась выше кривой выживаемости мужчин второй группы (ПИQTс более 410 мс). Выявленное расхождение кривых выживаемости имело статистическую значимость. Следующим этапом анализа была оценка относительного риска (ОР) фатального исхода. У мужчин со значениями ПИQTс ≥ 410 мс ОР фатального исхода в 1,6 раза выше, чем у мужчин со значениями ПИQTс менее 410 мс. ОР имеет статистическую значимость.

Таким образом, проведенное исследование позволяет заключить, что у мужчин с увеличением возраста не наблюдается удлинения продолжительности интервала QTс. В то же время в широко известном исследовании Reilly J.G. одним из факторов риска удлинения интервала QT признан возраст старше 65 лет (ОР=3,0). Объяснением такому разночтению может служить тот факт, что группа обследованных нами мужчин не имела выраженной сердечно-сосудистой патологии (ИБС, нарушения мозгового кровообращения и т.д.) и не использовала медикаментозной терапии. Как

известно, основной причиной вторичного удлинения интервала QTс является прием лекарственных средств (кордарон, сальбутамол, кларитромицин, амитриптилин, флуоксетин, противогрибковые препараты и др.). С момента описания синдрома удлиненного QTс в подавляющем большинстве работ увеличение смертности ассоциировалось с его удлинением более 440 мс. Лишь небольшая часть исследователей указывает, что патологическим удлинением интервала QTс можно считать начиная с 420 мс. С этого же предела описывается и увеличение смертности. Исследований выживаемости пациентов пожилого и старческого возраста с продолжительностью интервала QTс в диапазоне 360-420 мс не проводилось.

В настоящей работе впервые исследована выживаемость мужчин пожилого и старческого возраста с продолжительностью QTс ниже 410 мс. Показано, что они имеют наилучшую выживаемость как по кривым выживаемости, так и по относительному риску фатального исхода. В связи с чем предлагаем значения QTс 380-409 мс считать оптимальными для мужчин пожилого и старческого возраста.

#### Выводы.

1. У мужчин 60 лет и старше с увеличением возраста не наблюдается удлинения продолжительности интервала QTс.

2. Выживаемость мужчин 60 лет и старше зависит от продолжительности интервала QTс: у мужчин с ПИQTс 380-409 мс выживаемость лучше, чем у мужчин с ПИQTс 410 мс и более (p<0,006).

3. У мужчин со значениями ПИQTс 410 мс и более относительный риск фатального исхода в 1,6 раза выше (95%ДИ 1,1-2,3), чем у мужчин со значениями ПИQTс 380-409 мс.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПОДТИПОВ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА И ТРОМБОФИЛИЧЕСКИЙ ФАКТОР РИСКА РЕСТЕНОЗОВ ПОСЛЕ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАТОМИИ

*А.П. Ельчанинов, А.В. Артюшкин, И.В. Светличная, Е.К. Кислова, Е.М. Саморукова, Ю.Н. Чайковский, Л.Е. Арестова, Е.А. Малолеткина, А.О. Макаров, В.В. Дорофеева, А.А. Смирнова*

*ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург*

В настоящее время доказаны преимущества хирургических методов профилактики ишемического инсульта (ИИ) по сравнению с консервативными мероприятиями для пациентов с гемодинамически значимым сужением сонных артерий. Каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) считается операцией с

долговременным эффектом, однако в определенном числе случаев возможно развитие рестеноза сонной артерии, при котором иногда появляется неврологическая симптоматика и даже требуется повторная КЭАЭ. Общеизвестна этиологическая и патогенетическая гетерогенность ИИ, а также его

слабая чувствительность к современным средствам регуляции артериального давления, гемостаза, уровня липидов крови и т.д. При этом объем инфаркта и патогенез ИИ имеют наибольшее значение в прогнозе жизни пациента. В то время как биохимические механизмы ишемического повреждения мозга являются универсальными, существует несколько различных причин развития инсульта. По своей сути ИИ является исходом различных по своему характеру патологических состояний системы кровообращения: сосудов, сердца, крови. Между тем, ошибки и неточности при определении клинических вариантов инсульта и локализации сосудистых расстройств встречаются в практике нейрососудистых отделений с частотой 29,6%, в неврологических отделениях общего типа – 28,3%, в нейрохирургических – 8%. Опыт показывает, что число подтипов инфаркта мозга возрастает по мере накопления знаний о его этиологии, патогенезе и особенностях клиники. К тому же раннее выявление ведущего механизма ишемии мозга и факторов риска рестеноза после КЭАЭ имеет принципиальное значение для создания верной стратегии лечения больного.

Считается, что примерно 50% ИИ вызываются атеросклеротическим тромбозом внечерепных и, реже, крупных внутричерепных артерий. В то же время за последние 40 лет в 10 раз возросло количество больных, у которых ИИ стали связывать с сердечным источником. До сих пор в мировой практике считается приемлемым 25% показатель криптогенного ИИ. В то же время, благодаря бурному развитию лабораторного дела, становится очевидным, что этот синдром далеко зашедших поражений сердечно-сосудистой системы невозможен без вклада изменений реоагрегантной системы крови (РАСК). При этом прокоагулянтные свойства РАСК во многом обусловлены эндотелиальной дисфункцией, сопряженной с антифосфолипидной активностью гемостаза (АФЛАГ) – основной составляющей антифосфолипидного синдрома (АФС).

Получены данные, что пациенты с тромбофилическими состояниями имеют большую вероятность поздних тромботических реокклюзий зон реконструкции, чем без указанных состояний (прежде всего АФС). В указанном аспекте прослеживается роль аутоиммунной агрессии, которая, как и при ин-

фаркте мозга, может иметь отсроченное действие. По своей сути АФЛАГ – это тромбофилический феномен блокады микроциркуляции и тканевой гипоксии, обусловленный реактивностью фосфолипидзависимых антител к различным факторам клеточного (тромбоциты, эндотелий) и плазменного (белки коагуляции) гемостаза, а также компонентам митохондрий. Считается доказанным, что недостаток кислорода и других источников энергии, сочетающийся с нарушением метаболизма эндотелиоцитов мозговых капилляров, ведет к накоплению потенциальных нейротоксинов в интерстициальной жидкости мозга. Можно полагать, что АФЛАГ, обладая противомитохондриальной активностью, предопределяет перечисленные изменения задолго до вовлечения в патологический процесс микроциркуляторного русла, а при ИИ способствует его прогрессивному течению в силу усиления энергетического дефицита в ишемизированной ткани.

Сегодня можно клинически диагностировать и геморрагические проявления, и тромбообразование, но точно поставить диагноз возможно только с помощью лабораторных методов исследования. К объективным методикам обнаружения тромбоза относится сцинтиграфия. В нашей клинике у молодых лиц с ИИ (ВОЗ относит к молодому возрасту лиц от 15 до 45 лет) практикуется обязательная пошаговая диагностика АФЛАГ, начиная с оценки перфузии селезенки с помощью гамма-камеры, визуализирующей степень поглощения в этом фильтре кровообращения технефита, меченого  $^{99m}\text{Tc}$ . Известно, что в части случаев при очевидной аутоиммунной тромбофилии стандартизированный иммуноферментный анализ (ELISA) не выявляет «классических» антител к фосфолипидам (АФЛ) и их кофакторам: IgG- и IgM – антител к кардиолипину (АКЛ), волчаночного антикоагулянта (ВА), молекул с аффинитетом к  $\beta 2$ -гликопротеину I, аннексину V, протромбину. Многие пациенты при отрицательных тестах на АКЛ и ВА будут иметь антитела к другим подгруппам фосфолипидов (антифосфатидилсерин, антифосфатидилхолин, антифосфатидилинозитол, антифосфатидилглицерол, антифосфатидилэтаноламин, антитела к фосфатидиловой кислоте). Однако определение всего спектра вряд ли возможно, да и не столь уж нужно ввиду сомнительности в прикладном значе-

Таблица 1

Распределение больных с инфарктом мозга в зависимости от подтипа ИИ

№	Нозологические формы в соответствии с МКБ 10	2010		2011		2012	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%
1	ИИ гемодинамический (I63.2)	8	5,0%	4	2,3%	7	4,1%
2	ИИ лакунарный (I63.3)	25	15,4%	21	11,9%	18	10,5%
3	ИИ кардиоэмболический (I63.4)	35	22%	56	31,6%	78	45,6%
4	ИИ атеротромботический (I63.5)	72	45,0%	75	42,4%	39	22,8%
5	ИИ при АФС (I63.8)	16	10,0%	20	11,3%	29	17,0%
6	ИИ криптогенный	4	2,5%	1	0,6%	0	0%
7	Всего острых инфарктов мозга	160	100%	177	100%	171	100%

нии АФЛ-ELISA. Радионуклидный метод снимает трудности в диагностике АФС и расширяет понятие так называемого «серонегативного» АФС. Это тем более важно потому, что клинические проявления АФЛАГ наблюдаются и при низких значениях фосфолипидсвязывающих аутоантител. Тем более что концентрация каталитических иммуноглобулинов (абзимов) может резко падать из-за их потребления при развитии гиперкоагуляции.

В итоге комплексного клинико-инструментально-лабораторного обследования удалось раскрыть в большинстве случаев сущность возникновения ИИ (таблица 1), а следовательно, своевременно начать патогенетическую терапию. По данным на-

шего госпитального регистра инсульта, за последние три года церебральный тромбоз в результате коагулопатии, вызванной АФЛАГ, увеличился почти вдвое. Этот показатель занимает промежуточное положение между сведениями о частоте инфарктов мозга с аналогичной этиологией (ИИ при АФС) по данным из зарубежных источников.

Изучение проблемы тромбофилий активно продолжается. В связи с возможностью вклада АФС в развитие стеноза оперированные по поводу атеросклеротических субокклюзий сонных артерий нуждаются в исследовании крови на аутоиммунную тромбофилию и превентивной фармакологической коррекции выявленной АФЛАГ.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ПОЛИМОРФИЗМОМ ГЕНА PPAR $\gamma$

*Т.В. Еременко, В.А. Колосков, С.М. Котова*

*ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург*

### **Цель исследования.**

Уточнить влияние полиморфизма гена PPAR $\gamma$ , кодирующего фермент PPAR- $\gamma$ , на особенности клинических и метаболических нарушений у больных с ожирением.

### **Материалы и методы.**

Для диагностики метаболического синдрома (МС) использованы критерии, предложенные Американской Федерацией сахарного диабета в 2005 году. В исследование включены 95 пациентов с полным и неполным МС: 63 женщины и 32 мужчины. Средний возраст составил 42 года. Всем пациентам рассчитывали индекс массы тела по формуле Кетле. Определяли уровень глюкозы плазмы крови натощак, уровень холестерина и триглицеридов. Иммуноферментным методом устанавливали концентрацию инсулина натощак. Индекс инсулино-резистентности (ИР) рассчитывали по формуле HOMA.

Всем пациентам было проведено генотипирование гена PPAR $\gamma$  методом ПЦР. На основании результатов генотипирования все пациенты были разделены на две группы, сопоставимые по полу и возрасту. 1-ю группу составили 17 пациентов с мутантным аллелем полиморфизма PRO12ALA гена PPAR $\gamma$ . Во 2-ю группу вошли пациенты с нормальным аллелем.

**Результаты.** Сравнительный анализ результатов исследования выявил достоверные отличия показателей углеводного, липидного обменов и степени ИР. В группе пациентов с мутантным аллелем полиморфизма PRO12ALA отмечены более выраженные нарушения липидного обмена в сравнении с пациентами 2-й группы: уровень холестерина составил  $8,18 \pm 0,527$  ммоль/л против  $5,1 \pm 0,183$  ( $p > 0,05$ ); уровень триглицеридов –  $4,38 \pm 0,694$  ммоль/л против  $1,9 \pm 0,151$  ( $p > 0,05$ ).

Полученные нами данные исследования углеводного обмена свидетельствуют о более серьезных нарушениях у пациентов 2-й группы в сравнении с пациентами 1-й группы. Уровень глюкозы натощак составил  $6,89 \pm 0,2$  ммоль/л против  $3,9 \pm 0,045$  ( $p > 0,05$  ммоль/л). Уровень эндогенного инсулина натощак в первой группе составил  $38,6 \pm 2,55$  мкЕД/мл против  $25 \pm 0,55$  мкЕД/мл – во второй ( $p > 0,05$ ). Степень инсулинорезистентности в двух группах составила  $12,820 \pm 0,15$  и  $5,9 \pm 0,28$  соответственно ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** Носительство мутантного аллеля полиморфизма PRO12ALA играет протективную роль в развитии нарушений углеводного обмена, в то время как степень нарушения липидного обмена более значима в группе с наличием данного полиморфизма.



## ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ АКЦЕНТУАЦИЙ ТЕМПЕРАМЕНТА

<sup>1</sup>А.И. Жигулина, <sup>1</sup>В.В. Тыренко, <sup>2,3</sup>В.Н. Федорец

<sup>1</sup>ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 имени Л.Г. Соколова

Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург

<sup>3</sup>Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН

**Актуальность.** Боль – один из основных клинических симптомов ревматоидного артрита (РА). Анализ факторов, влияющих на субъективное восприятие боли, позволит эффективно влиять на этот процесс. В последние годы все большее внимание уделяется изучению роли психологических факторов в развитии и течении РА, поскольку это заболевание нарушает психофизиологическую адаптацию больных и приводит к ухудшению качества жизни [Коршунов Н.И. и соавт., 1991]. Однако многие вопросы до настоящего времени остаются недостаточно изученными, а трактовка некоторых из них весьма противоречива. Среди них – особенности соотношения психологических факторов с выраженностью болевого синдрома у больных РА.

**Материал и методы.** Обследовано 92 больных РА (средний возраст –  $68,3 \pm 7,2$  лет, продолжительность заболевания –  $130,7 \pm 58,2$  мес.). Свойства темперамента больных РА исследовались с помощью теста акцентуаций свойств темперамента (ТАСТ), разработанного и стандартизированного в психосоматической лаборатории Центрально-Черноземного научного центра РАМН. Выраженность боли в суставах оценивалась по ВАШ. (Визуальная аналоговая шкала боли). VAS Huskisson представляет собой горизонтальную прямую линию длиной 100 мм. Где значение 0 мм — нет боли, а 100 мм — максимально выраженный болевой синдром. Так как боль является субъективным симптомом, ее выраженность на шкале пациенты отмечали самостоятельно.

**Результаты.** Среди больных РА достоверно ( $p < 0,001$ ) снижена частота встречаемости пациентов, не имеющих акцентуаций темперамента:

с 70% в нормативной группе до 8,6% у лиц с РА. По результатам опросника ТАСТ выделены два преобладающих акцентуированных типа темперамента у больных с ревматоидным артритом: эмоционально-нестабильный (22%) – составляющие этот тип компоненты: невротизм, сенситивность, робость, эмоциональная лабильность; социально и предметно пассивный (18,4%) – составляющие этот тип компоненты: социальная и предметная пассивность, ригидность. У больных РА с эмоционально-нестабильным типом акцентуации по сравнению с группой больных, составляющих социально и предметно-пассивный тип, выявлено повышение показателей выраженности боли по ВАШ ( $6,12 \pm 0,29$  и  $2,82 \pm 0,24$ ;  $p < 0,001$ ). Увеличение показателя боли по ВАШ оказалось взаимосвязано с усилением шкалы невротизм (переживание физического неблагополучия, ипохондрической озабоченности соматическим состоянием, тревожности, невротоподобные и астенические проявления) и шкалы сенситивность (ранимость, чувствительность, обидчивость) повышенной чувствительности к стрессовым воздействиям (одним из которых является и боль) в сочетании с фиксацией на негативных ощущениях.

**Заключение.** Для больных РА характерна высокая частота акцентуации личности (70%). Больным РА с эмоционально-нестабильным типом акцентуации темперамента изначально свойственно повышение уровня восприятия боли. Тревножно-депрессивные расстройства усугубляют болевой синдром при РА, образуют своеобразный порочный круг, значительно снижая комплаентность и приверженность к назначенной терапии.



## ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ АКЦЕНТУАЦИЙ ТЕМПЕРАМЕНТА

<sup>1</sup>А.И. Жигулина, <sup>1</sup>В.В. Тыренко, <sup>2,3</sup>В.Н. Федоренко

<sup>1</sup>ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова

Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург

<sup>3</sup>Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН

**Цель исследования.** Оценить вегетативный статус при эмоционально-нестабильном и социально и предметно-пассивном типах акцентуаций темперамента женщин, больных ревматоидным артритом.

**Материал и методы.** Обследовано 92 больных женщины с РА (средний возраст-68,3±7,2 лет, продолжительность заболевания – 130,7±58,2 мес.). Диагноз заболевания верифицирован на основании критериев ACR (1988). Все испытуемые были женщины. Большинство больных серопозитивны по РФ – (92%), имели 2 степень активности (71%), I (19%) и III (10,%) степень функциональной недостаточности суставов, II и IV рентгенологическую стадии (I – 8%, II – 40%, III – 14%, IV – 38% больных). Свойства темперамента больных РА исследовались с помощью теста акцентуаций свойств темперамента (ТАСТ), разработанного и стандартизированного в психосоматической лаборатории Центрально-Черноземного научного центра РАМН. Функциональное состояние вегетативной нервной системы исследовалось с помощью анкет Российского Центра вегетативной патологии: «Схема исследования для выявления признаков вегетативных нарушений» и «Вопросник для выявления признаков вегетативных изменений». Учитывались как субъективные проявления функционирования вегетативной нервной системы, оцениваемые самим пациентом, так и объективные проявления, оцениваемые врачом.

**Результаты.** По результатам опросника ТАСТ выделены два преобладающих акцентуированных типа темперамента у больных с ревматоидным артритом: эмоционально-нестабильный (22%) – составляющие этот тип компоненты: невротизм, сенситивность, робость, эмоциональная лабильность; социально и предметно пассивный (18,4%) – составляющие этот тип компоненты: социальная и предметная пассивность, ригидность.

Астеновегетативные проявления были особенно характерны для больных РА с наличием фактора эмоциональной нестабильности в структуре темперамента. При анализе глубины вегетативной дистонии у больных с учётом типов акцентуаций свойств темперамента выявлены субъективные признаки вегетативной дисфункции среди больных с эмоционально-нестабильным и социально и предметно-пассивным типами темперамента. Средние показатели при самооценке своего вегетативного состояния достоверно преобладают среди больных РА с эмоционально-нестабильным, по сравнению с данными подгруппы больных с социально и предметно-пассивным типом акцентуации ( $p < 0,01$ ). По данным анкет, у больных с эмоционально-нестабильным типом акцентуации вегетативная нервная система по сравнению с нормативными данными более активирована. Статистически высокодостоверные различия ( $p < 0,001$ ) выявляются как по субъективным оценкам вегетативной реакции самим пациентом, так и по объективным оценкам врача. У больных РА с социально и предметно-пассивным типом статистически достоверная активация вегетативной нервной системы определялась только по субъективным оценкам пациентов, но без объективного подтверждения врачом. Это может свидетельствовать, что лицам с эмоционально-нестабильным типом акцентуации изначально свойственны признаки синдрома вегетативной дистонии (СВД), а при самооценке больными характерна более высокая степень заинтересованности своим самочувствием.

**Выводы.** Всё сказанное даёт основание полагать, что активация вегетативной нервной системы у больных РА при эмоционально-нестабильном типе выше, чем при социально и предметно-пассивном. Больным с РА при эмоционально-нестабильном типе акцентуации темперамента изначально свойственны признаки выраженной вегетативной дисфункции (по результатам анкет РЦВП).

## ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

*М.С. Жируев, В.И. Ельсиновский, Ю.М. Боробов*

*ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург*

Стационарозамещающие технологии – мировая тенденция в развитии современной хирургии. В соответствии с этим общим трендом отмечается смещение флебологических услуг в амбулаторное звено. Нам представляется наиболее рациональным осуществление всех доступных вариантов лечебных мероприятий и их комбинаций при лечении хронических и острых заболеваний вен нижних конечностей в одном хирургическом амбулаторном Центре, расположенном на базе хирургического стационара.

Основными вмешательствами в амбулаторной хирургии по поводу варикозной болезни стали: 1) малоинвазивные флебэктомии с применением PIN-стриппинга, 2) эндоваскулярные стволые термоабляции – ЭВЛА (ЭВЛК) и РЧА, 3) микропенная эхо-склеротерапия. При выполнении хирургических операций мы отказываемся от использования подпаховых доступов, разнонаправленных разрезов и неоправданно больших доступов, от неинвагинационных (неинверсионных) зондов и чрескожного прошивания вен.

Нам представляется важным решение следующих задач во время комбинированной флебэктомии: 1) радикальное устранение выявленных и инструментально подтвержденных вертикальных венозных рефлюксов по основным стволам большой и малой подкожных вен; 2) коррекция клапанного аппарата глубоких вен при выявлении на УЗДАС (реальная необходимость – не более 2-3%); 3) устранение инструментально подтвержденных горизонтальных венозных рефлюксов – диссекция перфорантных вен.

Особенностями оперативной флебологии в ЦАХ КБ №122 являются: 1) планирование объема операции в зависимости от локализаций и степени вено-венозных рефлюксов, 2) щадящая операционная техника – применение инвагинационного флебостриппинга, микрофлебэктомии по Мюллеру, послеоперационной склеротерапии, 3) использование принципов пластической хирургии, 4) преобладание регионарной и сочетанной анестезии, 5) однодневное или досуточное пребывание в ЦАХ, 6) профилактика инфицирования послеоперационных ран (комбинированные операции в 2 этапа при варикофлебите и трофических язвах), 7) комбинация

традиционных, малоинвазивных, эндоваскулярных вмешательств одномоментно или многоэтапно у одного пациента.

Альтернативой выполнению кроссэктомии и короткому стриппингу являются: 1) эндоваскулярные лазерная или радиочастотная абляция или 2) микропенная эхо-склеротерапия.

При выполнении лазерной коагуляции мы использовали аппарат отечественного производства «Лахта-Милон» с длиной волны лазерного излучения 970 нм, а также лазерный аппарат Ceralaz с длиной волны лазерного излучения 1470 нм германской фирмы Biolitec. Нашего опыта хватило, чтобы определить предпочтения между торцевыми многоразовыми световолокнами и одноразовыми радиальными световодами ELVeS-Radial в пользу последних.

Противопоказаниями к выполнению эндоваскулярных методов лечения варикозной болезни мы считаем: 1) флебит в обрабатываемом сегменте вены, 2) тромбоз глубоких вен, 3) аневризма в обрабатываемом сегменте вены, 4) окклюзия периферийных артерий (ЛПИ менее 0,7), 5) ограниченная способность к передвижению. Осуществление эндоваскулярных способов лечения варикозной болезни нежелательно: 1) когда диаметр вены в остиальном отделе большой подкожной вены превышает 10мм; 2) при «многоствольном» строении большой подкожной вены; 3) у пациентов с гипотрофией подкожной клетчатки; 4) у пациентов, имеющих склонность к фотодерматитам и пигментациям.

Недостатками эндоваскулярных методов лечения варикозной болезни являются: 1) более высокая стоимость эндоваскулярных методов относительно хирургических (однако с учетом общих затрат на организацию операционного блока, а также более быстрой окупаемости затрат на эндоваскулярные операции этот критерий не будет однозначным); 2) возможность воздействия исключительно на аксиальные вены; 3) необходимость дополнительного устранения варикозных притоков с помощью эхо-склеротерапии или минифлебэктомии.

Преимуществами микропенной эхо-склеротерапии перед стандартной методикой жидкостной склеротерапии являются: 1) эффективность – пена

не смешивается с кровью и не разбавляется, «вытесняет» кровь из вены, поддерживая эффективную концентрацию; 2) безопасность – при меньшей подвижности пенного склерозанта гораздо меньшее количество склерозанта попадает в глубокую венозную систему; 3) визуализация – пена лучше видна при ультразвуковом ангиосканировании.

Недостатками эхо-склеротерапии являются: 1) ограниченная радикальность метода для аксиальных вен (от 40 до 70% реканализаций) и 2) ограниченная косметичность метода (формирование гиперпигментаций и фиброзных тяжей в проекции склерозируемых вен).

Нам представляется, что эхо-склеротерапию можно предложить: 1) пациентам пожилого и старческого возраста с высоким риском развития

тромбофлебита и трофических язв; 2) пациентам с венозными язвами на всех этапах лечения включая этап существования открытой язвы в стадии экссудации; 3) пациентам с рассыпным типом ВРВ, латероварикозом, с ограниченным рефлюксом по аксиальным венам; 4) пациентам с ограниченными материальными возможностями.

Наш многолетний опыт позволяет сделать заключение о том, что современные методы диагностики и лечения варикозной болезни предоставляют квалифицированному хирургу-флебологу все возможности осуществить радикальное малотравматическое индивидуально подобранное лечение варикозной болезни во всех ее проявлениях практически без осложнений в условиях специализированного амбулаторного хирургического центра.

## ВЛИЯНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА НА ФОРМУ ЭРИТРОЦИТОВ И МИКРОЦИРКУЛЯЦИЮ И ВОЗМОЖНОСТИ ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В ЕГО КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ

*Ю.Ю. Журавлёва, Р.А. Рахимова, И.М. Байбеков  
Республиканский специализированный центр хирургии  
имени акад. В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан*

В лечении острого коронарного синдрома (ОКС) для улучшения реологии крови, нормализации соотношения дискоцитов и патологических форм эритроцитов, активизации микроциркуляции используются различные медикаментозные средства. Внутрисосудистое лазерное облучение крови (ВЛОК) – эффективный метод воздействия как на эритроциты, так и на микроциркуляцию.

**Цель исследования.** Изучить влияние ВЛОК на форму эритроцитов и микроциркуляцию при его использовании в комплексном лечении ОКС.

**Материалы и методы.** ВЛОК (не менее 10 сеансов) проводили с помощью аппарата «Матрикс-ВЛОК» с излучающей головкой КЛ-ВЛОК, X 0,63 мкм, мощностью на выходе световода 1,5-2 мВт, тефлоновым покрытием игл. В комплексное лечение включали плавикс и аспирин. Форму эритроцитов оценивали с помощью экспресс-метода толстой капли и сканирующей электронной микроскопии. ЛДФ проводили с помощью аппарата ЛАКК-01.

**Результаты и их обсуждение.** У пациентов с ОКС существенно снижается число дискоцитов при

увеличении патологических форм эритроцитов. Применение аспирина приводит к возрастанию числа дискоцитов и снижению числа патологических форм эритроцитов. Морфометрические исследования показали, что доля дискоцитов увеличивается на  $\frac{1}{4}$  при выраженной тенденции к снижению числа патологических форм эритроцитов. При использовании плавикса эта тенденция выражена несколько больше. Дискоцитов становится  $52 \pm 0,9\%$ , уменьшается число патологических форм эритроцитов. Наибольшие положительные сдвиги в соотношении дискоцитов и патологических форм эритроцитов при ОКС отмечаются при комплексном применении аспирина-плавикс-ВЛОК.

Исследования показали, у пациентов с ОКС при использовании комплекса аспирина-плавикс-ВЛОК дискоциты становятся доминирующими. Коррекция формы эритроцитов обусловлена непосредственным воздействием ВЛОК на мембрану эритроцитов.

**Вывод.** Комплексное использование комплекса аспирина-плавикс-ВЛОК – эффективный метод коррекции формы эритроцитов и улучшения микроциркуляции при ОКС.

## УЧАСТИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ OATP1B1 521T>C И VCRP 421C>A В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ СТАТИНОВ

К.А. Загородникова, М.А. Настас, А.А. Топанова, В.А. Шумков  
ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет  
имени И.И.Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Статины являются обязательным компонентом лечения пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС). Известно о значительной вариабельности ответа на терапию статинами, а также частоты развития побочных эффектов. В литературе есть данные о том, что генетические полиморфизмы в генах OATP1B1/SLCO1B1 и VCRP/ABCG2 могут predisposing к развитию повреждений мышечной ткани при применении статинов в высоких дозах и снижать эффективность терапии.

**Цель исследования.** Изучить частоту мутаций в генах OATP1B1 и VCRP в популяции пациентов с ИБС (для VCRP – впервые) и их вклад в индивидуальные различия эффективности и безопасности терапии симвастатином в стартовой дозе 20 мг.

**Материалы и методы.** В исследование включили пациентов, которым впервые были назначены статины. Общепринятыми лабораторными методами определяли исходный уровень холестерина, триглицеридов, липопротеинов низкой и высокой плотности для оценки эффектов терапии, для оценки безопасности определяли уровень общей КФК. В течение 4 недель пациенты принимали симвастатин в дозе 20 мг 1 раз в сутки. Контроль биохимических показателей эффективности и безопасности проводили на 14-й и 28-й день приема препарата. Всем пациентам однократно проводили генетический анализ на выявление генетических полиморфизмов OATP1B1 521T>C и VCRP 421OA. Выделение ДНК из цельной крови осуществляли стандартным набором «рапид-генетика» производства «ДНК-технологии». Анализ проводили методом ПЦР в реальном времени на анализаторе ДТ-96 с использованием наборов компании «Синтол».

**Результаты.** Распределение генотипов изучали у 67 пациентов с ИБС из имеющегося банка крови. В исследование по изучению эффективности и безопасности к моменту анализа были включены 35 человек (16 мужчин, 19 женщин) в возрасте  $63 \pm 14$  лет. Частота мутантного аллеля OATP1B1\*5 (521C)

составила 0,23, что совпадает с частотой обнаружения мутации в европейской популяции. Распределение генотипов было подчинено закону Харди-Вайнберга ( $p < 0,05$ ;  $\chi^2$ ). Гомозиготный по мутантному аллелю генотип (521C/C) встречался с частотой 0,07, гетерозиготный (521T/C) – с частотой 0,32. Частота аллеля VCRP 421A составила 0,09, что также соответствует частоте в европейской популяции. Распределение генотипов соответствовало закону Харди-Вайнберга ( $p < 0,05$ ;  $\chi^2$ ). В нашей выборке пациентов не было гомозиготных носителей мутации, частота гетерозиготного генотипа составила 0,19. Чтобы оценить вклад мутации OATP1B1 521T>C в безопасность терапии, оценивали уровень общей КФК. Пациенты были разделены на 2 группы, в первой из которых были носители по крайней мере одного мутантного аллеля, а во второй их не было. Повышение уровня КФК на фоне терапии статинами наблюдали у 8 из 11 человек в группе носителей мутантного аллеля и у 10 из 24 в группе сравнения. Уровень КФК повышался в среднем на 57,3 Е/л в 1-й группе и на 12,6 Е/л в группе сравнения ( $p < 0,01$  по тесту Манна-Уитни). При аналогичном изучении вклада генетического полиморфизма VCRP 421OA мы не обнаружили различий по частоте и величине повышения уровня КФК между носителями и не-носителями мутации. Эффективность терапии, выраженная снижением общего холестерина и ЛПНП, не зависела от полиморфизма генов OATP1B1 и VCRP.

**Выводы.** Полученные нами результаты говорят о том, что распространенность генетических полиморфизмов в генах OATP1B1 и VCRP у пациентов с ИБС подобна таковой в европейской популяции. Наличие хотя бы одного мутантного аллеля гена OATP1B1 связано с более выраженным повышением уровня КФК после 2 недель терапии симвастатином в дозе 20 мг, в то время как вклад генетического полиморфизма гена VCRP не выявлен. Оба изученных генетических полиморфизма не связаны с липидоснижающей способностью симвастатина.



## ВОЗМОЖНОСТЬ ВЛИЯНИЯ НА МЕТАБОЛИЧЕСКУЮ ПАМЯТЬ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТА «ДИБИКОР»

*О.В. Занозина, Н.Н. Боровков, Т.Г. Щербатюк, Г.П. Рунов, Ю.А. Занозина*

*ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Нижний Новгород  
ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница» им. Н.А. Семашко, Нижний Новгород*

**Цель исследования.** Оценить возможность влияния на метаболическую память у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа с помощью препарата «Дибикор» (действующее вещество – таурин).

**Материал и методы.** Нами обследованы 20 пациентов, страдающих СД 2 типа. Средний возраст больных составил 56,2 года, длительность заболевания – 4,3 года, средний уровень гликированного гемоглобина – 7,8%. Дополнительно к базисной сахароснижающей терапии пациенты в течение 2 месяцев получали препарат «Дибикор» в суточной дозе 1 г в сутки. Группу контроля составили 14 больных СД 2 типа, получавших стандартную базисную терапию. До и после курса лечения оценивались гликемические показатели (гликемия натощак, через 2 часа после еды, амплитуда гликемических колебаний, гликозилированный гемоглобин), изменения липидограммы. Определяли динамику интенсивности окислительного стресса (ОС), окислительной модификации белков (ОМБ). Выраженность ОС определяли по наличию диеновых и триеновых конъюгатов, малонового диальдегида (МДА), активности антиоксидантных ферментов (супероксиддисмутазы

[СОД], каталазы [КАТ]). ОМБ оценивали по уровню альдегид-динитрофенил-гидразонов (АДФГ) и кетон-динитрофенилгидразонов (КДФГ). Анализировали спонтанную (с) и металл-зависимую, индуцированную (и) ОМБ. Результаты исследования обрабатывали статистически при помощи пакета прикладных программ «STATISTICA 6.0» (StatSoft, Inc, США).

**Результаты и обсуждение.** В результате лечения у пациентов наблюдаемых групп улучшились как гликемические показатели, так и составляющие липидограммы. До начала терапии исследуемые группы не отличались по интенсивности ОС ( $p=0,22$ ), однако после лечения «Дибикором» отмечено ограничение интенсивности ОС ( $p=0,002$ ), снижение уровня МДА на 55,4% ( $p=0,027$ ), повышение общей антиокислительной активности на 31,6% ( $p=0,016$ ), активности КАТ на 43% ( $p=0,02$ ), уменьшение АДФГ на 37% ( $p=0,059$ ), КДФГс на 64,3% ( $p=0,027$ ), КДФГи на 45,9% ( $p=0,026$ ). «Дибикор», активизируя антиоксидантную защиту, ограничивает ОМБ, следовательно, корректирует ОС на самых ранних этапах, предупреждая или замедляя прогрессирование поздних осложнений сахарного диабета.

## ВНЕДРЕНИЕ НОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ В ФГБУЗ ЦМСЧ №165 ФМБА РОССИИ

*К.А. Зарьков, Г.И. Егорова, А.А. Каменьков*

*ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть №165  
Федерального медико-биологического агентства», Москва*

В современном мире уже невозможно представить человека, не имеющего мобильного телефона или, к примеру, ноутбука, которые можно взять с собой куда угодно и быть на связи с близкими людьми и деловыми партнерами. Но зачастую наличие ноутбука не гарантирует решение всех возникающих проблем на максимальном уровне. На помощь при-

ходит программное обеспечение, установленное на компьютере, и помогающее более широко, быстро и гибко вести свои личные дела и бизнес-процессы. Одно из таких программных обеспечений – это медицинская информационная система (далее – МИС), позволяющая ускорять и облегчать рабочие процессы медсанчасти, поликлиники, стационара и т.д.

В нашей медсанчасти имеется парк компьютеров, состоящий из 124 единиц техники, активно используемой пользователями (врачами, медсестрами, регистраторами, операторами и т.д.) ежедневно в своей работе. К примеру, компьютер на рабочем месте медицинского регистратора позволяет решить широкий спектр задач его повседневного труда, а именно, подбор карты пациента по многим параметрам (Ф.И.О., возраст, телефон), но, как было сказано выше, все это недостижимо без медицинской информационной системы. С 1998 года в ЦМСЧ №165 установлена и с успехом используется такая МИС. В настоящее время огромные силы и средства отдаются модернизации здравоохранения, а следовательно, и развитию рынка производителей информационных систем. Каждый день появляются новые указания, приказы, отчеты. Справляться с этими объемами МИС старой платформы не всегда способна. Принятие решения на покупку и внедрение современной развивающейся системы было принято и назревало давно. Поэтому когда появились бюджетные средства, выделенные в рамках «Программы модернизации здравоохранения» для покупки, она была приобретена незамедлительно и запущена в тестовом режиме. Новая система значительно превосходит старую по своему функционалу и принципу работы с данными пользователя. Сейчас как никогда важен вопрос защиты данных пользователя, что с успехом дает новая платформа. Так как бюджет был ограничен, мы постарались модернизировать самые ключевые отделы медсанчасти.

Трудностей внедрения МИС не перечислить, тут много подводных камней, о которых становится известно обычно уже на заключительных стадиях внедрения, так, например, мы столкнулись с необходимостью увеличения штата людей для внесения данных в систему из старой МИС. Так как в новой МИС все взаимосвязано, невозможно провести полный цикл прикрепления пациента к выдаче отчета за выбранный период работы медсанчасти, не имея всех необходимых данных, которые могли быть пропущены на стадии ввода. Также, значительно усложняется работа МИС при покупке системы блоками, а не одним целым, так как значительно увеличивается нагрузка на операторов ввода, данные теряются, а иногда просто не могут быть введены, так как остальные функционалы не располагают необходимыми полями. Все это затрудняет внедрение МИС и, следовательно, преимущества ее работы.

Опыт внедрения МИС в нашей медсанчасти показал, что необходимо обязательно покупать рабочие места врачей на первой стадии внедрения, так как весь рабочий процесс идет непременно через них, при отсутствии таких рабочих мест усложняется работа в других отделах, например, в отделе медицинской статистики оператору ввода приходится вносить дополнительно данные в программу, тогда как если бы врач вносил приём на своем компьютере, данные попадали в систему автоматически, и статистик мог формировать свой отчет. Рабочее место врача является ключевым элементом в работе МИС, так как упрощается работа всех структур и, в частности, операторов ввода, кассы, регистратуры и т.д.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

*К.А. Зарьков, Г.И. Егорова, А.В. Матвиенко*

*ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть №165  
Федерального медико-биологического агентства», Москва*

Сегодня в России накоплен определенный опыт стационарзамещающих форм медицинской помощи, однако результаты использования их на практике неоднозначны и нуждаются в анализе. Целью настоящего исследования было определить эффективность применения стационарзамещающих технологий в амбулаторно-поликлинических условиях. Для этого нами проанализированы результаты работы хирургического стационара ЦМСЧ №165 ФМБА России за период с 2003 по 2011 гг.

Хирургический стационар является структурным

подразделением ЦМСЧ. Оснащенность и профессиональная подготовка медперсонала позволяет выполнять хирургические вмешательства больным не только в традиционном амбулаторном объеме, но и по стационарзамещающим технологиям. Этому способствует наличие оснащенного на современном уровне операционного блока и стационара краткосрочного пребывания больных. В составе врачей хирургического профиля 3 доктора медицинских наук, 5 кандидатов медицинских наук. Все хирурги с большим (более 20 лет) хирургическим

стажем работы в крупных хирургических стационарах. При осуществлении лечебно-диагностических мероприятий хирурги отделения работают в тесном контакте с врачами других специальностей. За последний год акцент был сделан на расширении видов хирургической деятельности за счет привлечения хирургов различных узкоспециализированных профилей (онколог, маммолог, флеболог, специалист по эндоскопической хирургии), что потребовало организации интраоперационного экстренного гистологического исследования (при операциях на молочной, щитовидной железах), введения врачебных дежурств в стационаре.

План предоперационного обследования пациентов был разработан с участием ведущих специалистов и утвержден руководителем ЦМСЧ. Оперативные вмешательства осуществлялись под местной, спинальной анестезией, внутривенным, эндотрахеальным наркозом. С анестезиологическим пособием выполнено 3884 операции, из них под эндотрахеальным наркозом – 213, кратковременным внутривенным (до 30 минут) – 2704, длительным внутривенным с сохраненным спонтанным дыханием – 713. Интраоперационный мониторинг включал в себя ЭКГ, контроль АД, пульсоксиметрию. Принципиальным считали раннюю активизацию пациентов после всех видов вмешательств. Для про-

ведения кратковременного внутривенного наркоза предпочтение отдавалось препарату «Пропофол». Были отмечены осложнения после анестезиологического пособия: аллергические – 6 случаев, бронхоспазм – 2 случая и ларингоспазм в 2 случаях. У двух пациенток после операций на молочной железе развилось кровотечение. Причиной кровотечения явилась гипокоагуляция. Инфекционных осложнений отмечено не было. Все осложнения были купированы на месте и не потребовали перевода пациентов в другие учреждения. Подавляющее количество пациентов выписывались домой вечером или на следующий день после операции. Средний койко-день составил 1,0.

Проведенный анализ позволил сделать следующие выводы.

Применение стационарзамещающих технологий обеспечивает преемственность в обследовании и лечении больных, позволяет проводить лечение в условиях пребывания больных в домашних условиях, значительно снижает риск развития внутригоспитальной инфекции.

Таким образом, тщательный отбор больных и полноценное предоперационное обследование позволяют эффективно использовать и активно развивать стационарзамещающие технологии в амбулаторно-поликлинических условиях.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ (НА ОСНОВЕ ОПЫТА РАБОТЫ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЦМСЧ № 165 ФМБА РОССИИ)

*К.А. Зарьков, Г.И. Егорова, М.М. Тютнина*

*ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть №165  
Федерального медико-биологического агентства», Москва*

Совершенствование малоинвазивных хирургических вмешательств в последние годы позволило пересмотреть ряд клинических позиций и ранее незыблемых онкологических принципов. Гистероскопия может выступать в качестве диагностического и лечебного метода.

Применение стационарзамещающих технологий в условиях поликлинического отделения ЦМСЧ позволяет провести весь лечебно-диагностический процесс у пациентки амбулаторно в дневном стационаре, что повышает качество, комфортность обслуживания, даёт экономическую выгоду.

За последние 5 лет (2008-2012 гг.) было выполнено 208 гистероскопий по поводу гинекологиче-

ской патологии. Гистероскопии выполнялись на оборудовании фирмы «Карл Шторц».

Все пациентки были обследованы согласно московским стандартам оказания медицинской помощи гинекологическим больным. Больным с экстрагенитальными заболеваниями проводилась предоперационная подготовка у соответствующих специалистов. Все операции выполнялись под внутривенным наркозом. Пациентка выписывалась из дневного стационара под амбулаторное наблюдение в день операции. Показаниями к проведению диагностической гистероскопии являлись: патология эндометрия, нарушения менструального цикла, кровянистые выделения в менопаузе, аденомиоз,

подслизистая миома матки, аномалии развития матки, остатки плодного яйца в полости матки, инородное тело в полости матки (ВМК), бесплодие, оценка эффективности и контроль при проведении гормональной терапии. Противопоказаниями к диагностической гистероскопии являлись: инфекционные заболевания, острые воспалительные заболевания половых органов, 3-4 степень чистоты влагалищных мазков, тяжёлые соматические состояния. Женщинам, особенно из группы риска по возникновению гнойно-септических осложнений (частые воспалительные процессы придатков матки, перенесенных ЗППП и т.д.), назначалась антибактериальная терапия в до- и послеоперационном периоде.

При анализе результатов 208 гистероскопий с учётом гистологического исследования выявлена следующая патология (таблица 1).

Как видно из таблицы, наиболее часто выявлялись: патология эндометрия, железисто-фиброзный полип эндометрия, полип цервикального канала. Интраоперационных осложнений отмечено не было.

Послеоперационные осложнения (обострение хронического метроэндометрита у 1 пациентки после гистероскопии по поводу плацентарного полипа), что составило 0,4 %.

По литературным данным, частота воспалительных осложнений при проведении гистероскопии в стационаре составляет 0,3 % и наиболее часто происходит при наличии хронического метроэндометрита и сальпингоофорита.

Сделаны следующие выводы:

1. Применение стационарзамещающих технологий позволяет освободить больничные койки и сделать лечение больных более комфортным в условиях стационара одного дня.

Таблица 1

**Частота выявления гинекологических заболеваний при гистероскопии 2008-2012 гг.**

Нозология	Количество выявленных случаев
Железистая гиперплазия эндометрия	34-16 %
Железисто-кистозная гиперплазия эндометрия	28-13 %
Аденомиоз	24-11 %
Миома матки	22-10 %
Железисто-фиброзный полип эндометрия	42-20 %
Плацентарный полип	4-2 %
Атрофичный эндометрий	3-1,4%
Полип цервикального канала	36-17 %
Удаление ВМК при длительном ношении	3-1,4 %
Хронический метроэндометрит	11-5 %
Рак эндометрия высокодифференцированная (аденокарцинома)	1-0,4 %

2. В группе больных с меноррагиями отмечается высокая диагностическая ценность гистероскопии. Гистероскопическая картина патологии всегда должна дополняться результатами гистологического исследования.

3. Проведение гистероскопии в условиях дневного стационара поликлиники не увеличивает число осложнений как во время операции, так и в послеоперационном периоде по сравнению с гистероскопиями, проведенными в условиях стационара.

## ВОЗМОЖНОСТИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ В ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

К.А. Зарьков, Н.М. Захарова, Г.И. Егорова

ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть №165  
Федерального медико-биологического агентства», Москва

Неспецифический язвенный колит (НЯК) – многофакторное, хроническое, рецидивирующее заболевание, характеризующееся развитием неспецифического иммунного воспаления слизистой оболочки толстой кишки, приводящее к ее деструктивным изменениям и дисфункции, системным нарушениям, эндотоксемии и метаболическим

расстройствам. По уровню заболеваемости НЯК уступает многим гастроэнтерологическим заболеваниям, но по тяжести течения, частоте осложнений и летальности он занимает одно из первых мест в структуре болезней желудочно-кишечного тракта. На возникновение язвенного колита оказывают влияние инфекционные, иммунологические,



генетические факторы, а также факторы внешней среды. Наряду с местными патогенетическими факторами существенное значение имеют факторы психогенеза, которые выступают в роли триггерных по отношению к обострениям и модулирующих течение заболевания.

Морфологи подразделяют НЯК на активный, неактивный и стадию ремиссии. Микроскопические признаки НЯК представляют собой сложную комбинацию воспалительных изменений и структурных нарушений.

Проведено цитологическое исследование мазков, полученных при эндоскопии с помощью браш-биопсии из наиболее выраженных очагов воспаления в слизистой оболочке толстой кишки 36 больных в возрасте от 42 до 78 лет, среди них 20 женщин и 16 мужчин, в стадии ремиссии НЯК. Длительность заболевания – от 12 до 25 лет, т.е. все обследованные имели длительный анамнез НЯК и неоднократные курсы терапии.

Цитологические заключения носили описательный характер с указанием особенностей клеток эпителия кишечного типа и лейкоцитарной реакции. Цитогаммы отличались относительной однородностью

элементов инфильтрата: значительно преобладали сегментоядерные нейтрофилы; эозинофилы и лимфоциты были редкой находкой. Основной компонент цитогамм – группы адсорбирующих энтероцитов. Слизеобразующие бокаловидные клетки встречались редко. У 25% пациентов выявлен гиперпластический вариант цитогамм (гиперплазия эпителия кишечного типа). У одного из обследованных нами больных НЯК в стадии ремиссии были обнаружены цитологические признаки умеренной дисплазии кишечного эпителия.

Таким образом, для больных НЯК в период ремиссии характерны: потеря функциональной состоятельности, патологическая регенерация кишечного эпителия, отсутствие признаков активного ремоделирования, в том числе элементов стромы, ослабленный местный иммунный ответ, высокий риск формирования полипов.

Результаты цитологического исследования мазков со слизистой оболочки толстой кишки больных НЯК позволяют определять группу риска по гиперпластическим и диспластическим процессам, а следовательно, играть важную роль в профилактике злокачественных новообразований.

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПРОФПАТОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РАБОТНИКАМ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

*К.А. Зарьков, Б.И. Лавер, Г.И. Егорова*

*ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть №165  
Федерального медико-биологического агентства», Москва*

Одной из основных стратегических угроз национальной безопасности в области экономического развития России является увеличивающаяся нехватка трудовых ресурсов.

Сохранение здоровья работающего населения должно стать одним из приоритетных направлений государственной политики и стать одним из важнейших в реализуемых сегодня национальных проектах России.

По официальным данным, в России около 70 миллионов человек относятся к группе экономически активного населения, то есть выполняют ту или иную работу, а следовательно, контактируют с одним и/или несколькими вредными производственными факторами, влияние которых может приводить к возникновению профессиональных и профессионально обусловленных заболеваний. Мероприятия медицинского профотбора должны неукоснительно соблюдаться не только при предварительных (при

поступлении на работу) и периодических медицинских осмотрах, но и являться неотъемлемой частью комплексного подхода к охране здоровья работающих, а также членов их семей. Профилактика заболеваний, выявление их на ранних этапах и адекватное и своевременное трудоустройство работников, оказание им высококвалифицированной специализированной помощи, проведение медико-социальной реабилитации – это минимальная комплексная программа, которая должна быть реализована на предприятиях с вредными и/или опасными производственными факторами.

Медико-санитарное обеспечение работающих должно содержать следующие основные направления:

- медико-санитарное сопровождение производственного процесса
- научно обоснованные лечебно-профилактические мероприятия, направленные на предупреждение возникновения профессиональных заболеваний,

а также на укрепление общего здоровья, снижение заболеваемости с временной утратой нетрудоспособности, пропаганда здорового образа жизни

– реабилитация (медицинская, профессиональная, социальная).

Медико-санитарное сопровождение производственного процесса обеспечивается врачами и средним медперсоналом в здравпунктах на промышленных объектах, входящих в структуру ЦМСЧ №165, в круглосуточном режиме и включает в себя следующие основные направления деятельности:

– организация и проведение медицинских осмотров лиц с вредными и/или опасными, тяжелыми условиями труда и декретированных контингентов

– оказание медико-санитарной помощи при заболеваниях, включая инфекционные, и травмах

– контроль промышленной санитарии через санитарно-эпидемиологические службы

– проведение предсменных и послесменных, предрейсовых и послерейсовых медицинских осмотров

– медицинские мероприятия гражданской обороны и чрезвычайных ситуаций

– динамический мониторинг состояния здоровья членов трудового коллектива.

Профилактические мероприятия могут осуществляться в рекреационных оздоровительных комплексах на промышленных и социальных объектах, Центрах медицинской профилактики и реабилитации в амбулаторном и стационарном отделениях ЦМСЧ, МСЧ и КБ, санаториях-профилакториях

ФМБА России, а при необходимости в специализированных профцентрах и клиниках.

Для осуществления динамического мониторинга состояния здоровья трудового коллектива необходимо создание единой электронной карты на каждого работающего, единой базы данных о состоянии здоровья, проведение анализа общей заболеваемости и заболеваемости с временной утратой трудоспособности, первичного выхода на инвалидность, профзаболеваний, смертности.

Основной структурой, обеспечивающей профилактику, выявление, профилактические и реабилитационные мероприятия профессиональных и профессионально обусловленных заболеваний, является медико-санитарная часть. Общими в деятельности отделений медико-санитарной части являются: близость лечебно-профилактической базы к рабочим объектам, цеховой принцип организации работы, преемственность в работе отделений, профилактика заболеваний и медико-социальная реабилитация, многопрофильность, связанная с условиями производства, единая система организации медицинских мероприятий при внестатных ситуациях на производстве.

Таким образом, представленная модель промышленной профилактической медицины, учитывающей специфику отрасли, окружающие условия труда, даст возможность целенаправленно решать вопросы профилактики заболеваний, планомерно сохранения здоровья работников промышленных предприятий и организаций с вредными и/или опасными производственными факторами.

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У РЕАНИМАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ

*Д.А. Захаров, Н.Ю. Семиголовский, Н.В. Бородин, К.Ю. Красносельский  
ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург*

«Ничего нет более определенного, чем смерть, и ничего менее определенного, чем ее срок», – эти слова принадлежат, как ни странно, составителю завещания известного предсказателя М. Нострадамуса. Ранее нами было показано (Семиголовский Н.Ю., 1994), что относительное содержание лимфоцитов периферической крови хорошо коррелирует со сроком смерти больных острым инфарктом миокарда (ОИМ). Целью настоящей работы стало определение реальных (не рекламных!) прогностических возможностей и распространенности элевации тропонина I

крови (ТрI) у больных отделения реанимации некардиологического профиля, не связанной с наличием ОИМ. Предикторная ценность тропонина сопоставлена с таковой у других лабораторных маркеров: Д-димер (Д-д), прокальцитонин (Пр), лимфоциты (Лф) и лейкоциты (Лк) периферической крови.

**Методы.** Ретроспективное изучение историй болезни 214 пациентов, лечившихся в ОРИТ, у которых хотя бы однократно отмечалось повышение уровня ТрI более 0,2 нг/мл. Средний возраст боль-

ных составил  $71,4 \pm 12,7$  лет (108 мужчин и 106 женщин в возрасте от 25 до 105 лет). Группа выживших была представлена 62 пациентами (32 мужчины и 30 женщин, средний возраст  $72,5 \pm 1,5$  года), группа умерших – 152 больных (76 мужчин и 76 женщин среднего возраста  $72,3 \pm 1,0$  год,  $p=0,93$ ).

**Результаты.** ОИМ был верифицирован лишь у 38 из 214 больных, т.е. у 17,8% всех Тр-позитивных пациентов. У остальных чаще выявлялись ТЭЛА (40,2%) и сепсис (32,2%). Уровни ТрI были наибольшими в подгруппе умерших больных ОИМ ( $10,33 \pm 2,82$  нг/мл, у выживших больных ОИМ –  $6,37 \pm 1,81$ ). Наименьшими средние значения ТрI были у больных ТЭЛА (умершие –  $1,64 \pm 0,85$  нг/мл, выжившие –  $0,46 \pm 0,06$ ), промежуточные – у больных сепсисом ( $3,01 \pm 1,78$  у умерших,  $1,04 \pm 0,65$  у выживших). Различия в подгруппах недостоверны, вероятно, ввиду их малочисленности. Средние значения ТрI у умерших больных ОИМ были достоверно выше, чем у умерших больных сепсисом ( $p < 0,0003$ ) и ТЭЛА ( $p < 0,00018$ ), что отражает роль дисфункции миокарда в танатогенезе этих критических состояний. Умерших больных отличала тенденция к увеличению всех изученных маркеров, включая средние уровни ТрI ( $2,08 \pm 0,56$  против  $1,81 \pm 0,49$  у выживших,  $p=0,77$ ), Д-д ( $2189,8 \pm 133,7$  нг/мл против  $1891,7 \pm 190,9$ ,  $p=0,21$ ), Пр ( $3,97 \pm 0,39$  нг/мл против  $3,29 \pm 0,58$ ,  $p=0,34$ ) и абсолютного содержания Лк ( $12,14 \pm 0,43$  против  $11,31 \pm 0,51$ ,  $p=0,28$ ). А вот относительное содержание Лф периферической крови было достоверно ниже ( $p < 0,0026$ ) у умерших ( $12,6 \pm 0,6$  против  $16,2 \pm 0,9$ ). Уровни ТрI и Д-д не коррелировали со сроком смер-

ти реанимационных больных –  $r = -0,04$  ( $p > 0,05$ ), в отличие от абсолютного количества Лк –  $r = -0,27$  ( $p < 0,05$ ), Пр –  $r = -0,31$  ( $p < 0,05$ ) и относительного количества Лф –  $r = 0,59$  ( $p < 0,05$ ). Срок смерти больных ТЭЛА не имел сколь-либо значимой корреляционной связи ни с уровнем Д-димера ( $r = -0,14$ ,  $p > 0,05$ ), ни с уровнем ТрI ( $r = -0,06$ ,  $p > 0,05$ ). Достоверной, но слабой она оказалась с абсолютным содержанием Лк –  $r = -0,31$  ( $p < 0,05$ ) и с относительным Лф –  $r = 0,45$  ( $p < 0,05$ ). У больных сепсисом ни один из изученных маркеров не имел достоверных различий в средних величинах между подгруппами выживших и умерших, исключая уровень Пр ( $6,45 \pm 0,66$  у умерших,  $4,55 \pm 0,81$  у выживших,  $p=0,050$ ) и относительное содержания Лф ( $16,1 \pm 1,3$  против  $10,9 \pm 1,3$ ,  $p=0,045$ ). Срок смерти больных сепсисом не имел сколь-либо значимой корреляционной связи ни с ТрI ( $r = -0,05$ ,  $p > 0,05$ ), ни с Д-д ( $r = -0,21$ ,  $p > 0,05$ ), а вот Пр был связан с ним обратно  $r = -0,58$  ( $p < 0,05$ ) и Лф прямо  $r = 0,66$  ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Результаты подтвердили наше давнее наблюдение о свойстве Лф как предиктора неблагоприятного госпитального исхода у больных ОИМ (Семиголовский Н.Ю., 1994), распространив его и на группы больных сепсисом и ТЭЛА. Как показано, такие свойства у ТрI и Д-д сильно преувеличены. Они присутствуют у Пр для больных сепсисом. Предлагается алгоритм дифференциальной диагностики причин повышения ТрI, позволяющий избежать гипердиагностики ОИМ у реанимационных больных, а, следовательно, необоснованного, дорогостоящего и небезопасного лечения.

## ВЛИЯНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЭСТРАДИОЛОМ НА ТЕЧЕНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Т.А. Зеленина, Н.В. Ворохобина, Н.Р. Белеванцева

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Оценить влияние заместительной гормональной терапии эстрадиолом на течение диабетической полинейропатии у женщин с синдромом диабетической стопы в постменопаузе.

**Материалы и методы.** В исследование включены 28 женщин с диабетической полинейропатией и умеренным/выраженным климактерическим синдромом. Определены метаболические параметры компенсации диабета, наличие и

выраженность поздних осложнений. Исключены пациентки с противопоказаниями к терапии эстрогенами. Основная группа (14 человек) получала лечение эстрадиол валератом (1 мг/сут) и дидрогестероном (5/10 мг/сут.), а группа сравнения – плацебо на протяжении 6 месяцев. По окончании курса терапии обследование повторяли.

**Результаты и обсуждение.** Группы пациенток были сопоставимы по возрасту, длительности и

показателям компенсации сахарного диабета, антропометрическим параметрам. У всех пациенток выявлены умеренная или выраженная сенсомоторная нейропатия, а также автономная кардиальная нейропатия. Случаи тяжелой кардиальной нейропатии встречались одинаково часто в обеих группах. Короткий курс заместительной терапии сопровождался значительным субъективным облегчением клинического течения климактерического синдрома, улучшением метаболических параметров. Значимых изменений выраженности сенсомоторной нейропатии в группе гормонзаместительной терапии не выявлено, тогда как у женщин, получавших

плацебо, показатели значительно ухудшились. В группе терапии также зарегистрированы случаи восстановления нормальной реакции артериального давления на пробу с ортостазом.

**Обсуждение.** Все женщины с сенсомоторной нейропатией и климактерическим синдромом имели кардиальную автономную нейропатию, нередко тяжелую.

Заместительная терапия эстрадилом не только облегчала симптомы климактерия, но и оказывала благоприятное влияние на течение сенсомоторной и автономной нейропатии.

## ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ – СОВРЕМЕННЫЙ И ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

*Е.И. Зинченко, В.Г. Пищик, М.А. Атюков, А.И. Коваленко*

*ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург*

Анатомические резекции легких являются наиболее частыми оперативными вмешательствами в торакальной хирургии. Благодаря существенному развитию за последние несколько лет технической базы в медицине стало возможным выполнять такие операции из миниинвазивных доступов посредством видеоторакоскопии.

Несмотря на множество видимых преимуществ торакоскопических анатомических резекций легких (ТАРЛ) перед стандартной открытой методикой – лучшая визуализация, меньшая интенсивность послеоперационной боли, снижение послеоперационного койко-дня и т.д., миниинвазивная методика не получила повсеместного распространения в мире, особенно в России. Связано это, может быть, и с высокой стоимостью расходного материала, и с длительностью освоения методики, и с осторожностью специалистов в отношении безопасности и эффективности миниинвазивного доступа (риск одномоментной неконтролируемой кровопотери, полнота лимфодиссекции). Однако в последние несколько лет определяется существенная положительная тенденция в увеличении числа выполнения ТАРЛ для лечения различных заболеваний легких и уменьшения травматичности в самой группе миниинвазивных вмешательств (двух- и однопортовые ТАРЛ).

Мы представляем анализ ближайших результатов достаточно большого опыта выполнения ТАРЛ в России на базе центра торакальной хирургии КБ №122 ФМБА России.

**Материал и методы.** После исключения пациентов, оперированных в период кривой обучения, ретроспективно проанализированы результаты лечения 65 пациентов, перенесших ТАРЛ с января 2011 г. по март 2013 г. Среди анализируемой группы пациентов было 30 мужчин и 35 женщин в возрасте от 23 до 85 лет ( $57,6 \pm 13,65$  лет), из них 13 (20%) старше 70 лет, 16 (24,6%) имели СС1 5 и более, 12 (18,5%) были с ИМТ более 30, а у 11 (16,9%) ОФВ1 был менее 70%. Операции выполнялись по стандартной методике: для визуализации использовался только торакоскоп, ранорасширители не применялись, элементы корня обрабатывались отдельно, наибольшая длина кожного разреза до 6 см ( $4,17 \text{ см} \pm 0,88$ ). Среди анатомических резекций оказалось 62 лобэктомии (95,4%), 2 пневмонэктомии (3,1%), 1 сегментэктомия (1,5%). Из торакоскопических лобэктомий наиболее часто выполнялись верхние справа – 31 (50%), другие реже: нижние слева – 11 (17,7%), нижние справа – 8 (12,9%), верхние слева – 7 (11,3%), средние – 5 (8,1%). Большая часть операций произведена через 3 порта, за исключением 7 – двухпортовых и 2 – однопортовых лобэктомий. Еще у двух пациентов лобэктомии дополнены бронхопластикой.

**Результаты.** Летальных исходов в раннем послеоперационном периоде нет. После иммуногистохимического исследования установлены окончательные диагнозы: немелкоклеточный рак



легких – 73,8%, ХНЗЛ – 10,8%, туберкулез – 6,2%, метастатическое поражение легкого – 3 случая, и по одному случаю MALT-лимфома, типичный и атипичный карциноид. Средняя продолжительность операции составила  $224,8 \pm 60,5$  мин. (от 110 до 370 мин.). Средняя кровопотеря не превышала 150 мл. У 3 (4,6%) больных произведена конверсия в торакотомию в связи с неконтролируемым кровотечением. У пациентов с первичным раком легкого выполнялась лимфодиссекция, в среднем  $11,52 \pm 4,06$  лимфоузлов (от 4 до 27), среднее количество групп лимфоузлов –  $4,72 \pm 1,46$ . Средняя продолжительность дренирования плевральной полости составила  $4,46 \pm 1,51$  дней. У 11 пациентов (16,9%) дренаж стоял более 7 суток. Причина длительного дренирования – продленный сброс воздуха у 8 больных, гиперэкссудация у 3 больных. Двое пациентов с продленным сбросом воздуха

были выписаны с дренажем, подключенным к клапану Хеймлиха; дренажи удалены амбулаторно на 13 и 14 сутки. У 2 пациентов после лимфодиссекции отмечен хилоторакс, в одном из случаев потребовавший реторакоскопии и клиппирования грудного протока. Общее количество пациентов с осложнениями – 16 (24,6%) Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре  $9,2 \pm 5,4$  дней. Однако у 32 пациентов (49,2%) длительность послеоперационного койко-дня была меньше 7, из них у 16 (50%) послеоперационный койко-день составил – 6, у 7 (22%) – 5, у 7 (22%) – 4 и 2 (6%) – 3.

**Выводы.** Ближайшие результаты ТАРЛ позволяют считать их достаточно безопасными и эффективными вмешательствами, способными ускорить послеоперационную реабилитацию пациентов.

## ВЕГЕТАТИВНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ КРОВОТОК У ПОДРОСТКОВ С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ АСТЕНИЕЙ ПО ГИПЕРТЕНЗИВНОМУ ТИПУ

С.Н. Иванов

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ

**Цель исследования.** Изучить влияние вегетативной нервной системы (ВНС) на периферический кровоток (ПК) у подростков с нейроциркуляторной астенией по гипертензивному типу (НЦА по ГТ).

**Материалы и методы.** Обследованы 76 подростков с НЦА по ГТ в возрасте от 16 до 21 года. Контрольную группу составили 50 здоровых подростков. С целью изучения функционального состояния ВНС использовали метод кардиоинтервалографии (КИГ) с проведением дыхательной пробы (ДП). Оценивали следующие параметры: тип вегетативной регуляции (ВР), реактивность симпатического и парасимпатического отделов (СО; ПСО) ВНС и вегетативное обеспечение (ВО). Исследование проводили на кардиологическом комплексе «Кардиометр-МТ» ТОО «Микард» с компьютерной обработкой полученных данных. ПК изучали методом реографии верхних конечностей на реографе РПГ-2. Оценивали объёмную скорость кровотока (ОСК) в мл/100 г/минуту и показатель тонуса сосудов (ПТС) в %.

**Результаты.** У подростков с НЦА по ГТ симпатикотонический тип ВР встречается в 10 раз чаще,

чем в контрольной группе ( $p < 0,05$ ), ваго- и нормотонический типы ВР встречаются одинаково часто у подростков с НЦА по ГТ и у здоровых подростков ( $p > 0,05$ ). У подростков с НЦА по ГТ и симпатикотоническим типом ВР вегетативное обеспечение либо низкое, либо осуществляется за счет СО ВНС (69,2%), что свидетельствует о дезадаптации ВО. При исследовании ПК у этих подростков определяется высокий ПТС по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$ ). Что касается подростков с НЦА по ГТ и ваготоническим типом ВР, то у них наблюдается снижение ОСК по сравнению с контрольной группой и таким же типом ВР ( $p < 0,05$ ). Это снижение особенно выражено при низком ВО, что является показателем дезадаптации ВО сердечной деятельности у подростков с НЦА по ГТ.

**Заключение.** У подростков с НЦА по ГТ, сопровождающейся дезадаптацией вегетативного обеспечения, выявляется повышение тонуса периферических сосудов при симпатикотоническом типе вегетативной регуляции и снижение объёмной скорости кровотока при ваготоническом типе вегетативной регуляции.

## ПРИЧИНЫ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

*А.В. Иванова, И.В. Дудко, И.П. Яковлева, О.В. Шляпкина  
ФГБОУ ВПО «Новгородский государственный университет  
имени Ярослава Мудрого»*

*Лечебно-диагностический центр ГБУЗ «Центральная городская  
клиническая больница», Великий Новгород*

Системная красная волчанка (СКВ) – системное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся образованием широкого спектра органоспецифических аутоантител к различным компонентам ядра и иммунных комплексов, вызывающих иммунное воспалительное повреждение внутренних органов.

**Цель исследования.** Выявить наиболее характерные признаки СКВ в дебюте заболевания и проанализировать причины поздней диагностики.

**Материалы и методы.** Проанализированы 23 истории болезни больных СКВ (22-х женщин и одного мужчины, средний возраст больных 36 лет, средняя длительность заболевания 12 лет), прошедших стационарное обследование и лечение в ревматологическом отделении за последние 5 лет.

**Результаты.** Начало заболевания приходилось в среднем на 28 (15-50) лет. Дебютировало у 100% больных с суставного синдрома, более характерно поражение мелких суставов кистей, лучезапястных и коленных суставов; в 73% случаев с эритемы, дерматита зоны декольте; в 30% случаев с синдрома Рейно и в одном случае – с тромбоза мелких ветвей легочной артерии. Острое начало заболевания отмечено у 17% больных (лихорадка, выраженный болевой синдром, синовиты мелких суставов, протеинурия, аллопеция), подострое – у 30% больных (суставной синдром, дерматит, субфебрилитет), хроническое течение заболевания у 52% больных (суставной синдром, синдром Рейно, фотосенсибилизация). Характерно чередование обострений и ремиссий. Обострения чаще провоцируются переохлаждением и простудными заболеваниями – ОРВИ, гриппом, ангиной.

Заболевание протекает с поражением жизненно важных органов: поражение нервной системы наблюдалось в 48% случаев, поражение почек – в 57%, в 19% (4 случая) доказан Lupus-нефрит, серозиты в 21%, поражение сердечно-сосудистой системы в 40% случаев. По лабораторным данным выявлены: синдром ускоренного СОЭ в 52% случа-

ев, анемия – в 39%, лейкопения – в 38%, тромбоцитопения – в 17% случаев.

При иммунологическом исследовании антинуклеарный фактор (АНФ) выявлялся у 17 (73%), антитела к дсДНК у 20 (86%), циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) – у 60%, LE-клетки – у 48%, антитела к кардиолипину – у 26% пациентов. В последнем случае у 2 больных был обнаружен достоверный антифосфолипидный синдром: у одного пациента с тромбозом мелких ветвей легочной артерии; у другого – с тромбозами глубоких вен нижних конечностей. У 7 человек (40%) выявлялась гиперхолестеринемия.

По данным ЭКГ, наиболее часто определялась гипертрофия левого желудочка (43%) и тахикардальный синдром (27%).

По данным за последние 5 лет у всех больных (100% случаев) СКВ дебютировала с суставного синдрома и у 71% – с поражения кожи. Чаще отмечалось хроническое течение заболевания. Диагноз СКВ у 19 больных выставлен в 1-й год заболевания (82,6%). Поздняя диагностика (на 2-8-й год заболевания) связана с преобладанием суставного синдрома, протеинурии, синдрома Рейно без поражения кожи. В этой связи больные длительное время наблюдались у ревматологов и нефрологов, без полного иммунологического обследования на СКВ, с диагнозами РА, РеА, хронический гломерулонефрит, синдром Рейно.

### **Выводы:**

1. Трудности диагностики СКВ в дебюте заболевания чаще всего связаны со стертой клинической картиной, поражением только одной или двух систем организма.

2. Проведение в сложных случаях своевременного иммунологического обследования на СКВ, включающего в себя определение АНФ, АНА, антител к гистонам, антител к Sm-антигену, антител к антигену Ro/SS-A, АКЛ, ВА, реакцию RW, необходимо для ранней диагностики СКВ.

3. Наиболее частые симптомы в дебюте заболевания – поражения суставов, кожи и слизистых оболочек, почек, ЦНС с хроническим течением СКВ.

## КЛИНИЧЕСКИЕ МАСКИ И МОРФОЛОГИЯ СПОНТАННЫХ РАЗРЫВОВ ВОСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ

К.Г. Иоакимова, Н.Ю. Семиголовский, А.В. Малашенко, А.С. Ратникова  
ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург

Проблема спонтанных разрывов восходящего отдела аорты (РВА) актуальна в связи с их трудной диагностикой (нередко «маскировкой» ими острого коронарного синдрома) и большой летальностью. Среди причин разрывов – атеросклероз, синдром Марфана, аортиты.

**Целью работы** было проведение клинико-морфологических параллелей при РВА для уточнения аспектов диагностики, клиники и возможностей лечения этого ургентного заболевания, жертвы которого нередко оказываются в отделениях реанимации.

**Материалы и методы.** Приводим клинико-морфологический (включая гистологический) анализ 15 случаев фатальных спонтанных РВА аорты (11 мужчин и 4 женщины), выявленных за период с 1987 по 2013 гг. Средний возраст мужчин – 49 лет (32-72 года), женщин – 77 лет.

**Результаты и обсуждение.** У всех больных отмечалась гипертоническая болезнь (ГБ). У 7 больных РВА произошел на фоне резкого повышения артериального давления (АД). У 3 больных РВА дебютировал внезапной синкопой с падением АД. Еще трое поступили в стационар с низким АД, а у 1 больного 32 лет АД оставалось нормальным. 6 пациентов жаловались на боли в груди. Другие симптомы: одышка, тошнота и рвота, кровохарканье, застойная НК (каждый симптом у 1 больного). «Пресловутых» охриплости, дисфагии, болей в спине не отмечалось. Прижизненно диагноз РВА был поставлен 4 больным. В остальных случаях диагностировали острый инфаркт миокарда (ИМ) (6 человек), ТЭЛА (1 больной) и пневмонию (1 человек). По ЭКГ отмечали изменения, характерные для нарастающего гемоперикарда и ишемии миокарда левого желудочка.

Длительность жизни больных от момента поступления в клинику составила от 2 час. до 6 дней. В 1 случае (больной 32 лет с Marfan-подобным синдромом – классика+тучность) было выполнено протезирование аорты. В 1 наблюдении пункция перикарда была технически несостоятельной – игла

тромбировалась сгустками, остаточный объем крови в перикарде на аутопсии – свыше 1 литра. У всех отмечены морфологические признаки ГБ, атеросклероза, увеличение массы сердца в 1,5-2 раза (кроме 3 больных). У 2 – признаки перенесенного ИМ. Полулунные клапаны у 10 не были изменены, у 2 больных – с отложениями кальция. РВА находились над аортальными клапанами (в 1,5-3,5 см от них), чаще имели линейный характер (6), были поперечными (8 случаев). У всех неоперированных пациентов отмечено образование острой расщепляющей аневризмы длиной 3-10 см, с 50-150 мл крови, была утолщена внутренняя эластическая пластинка аорты с ее разрывами. Vasa vasorum были несколько расширены. Гистологически определялись изменения в мышечной оболочке аорты – эластических волокнах. Полученные материалы дают основание для выводов о полиэтиологичности спонтанных РВА. Зависимости морфологии аорты от клиники выявлено не было.

Ведущую роль в генезе РВА играет генетически обусловленная дефектность эластического каркаса стенки аорты в совокупности с атеросклеротическим поражением vasa vasorum. О врожденном характере патологии аорты говорят следующие факты: преобладание разрывов у мужчин в сравнительно молодом возрасте при отсутствии атеросклеротических изменений. С другой стороны, у всех больных имела место ГБ, приводящая к страданию МЦР. Такой механизм несостоятельности стенки аорты в большей мере отвечает за ее разрывы у пожилых, и женщин – в особенности.

Выявление аневризмы восходящего отдела аорты в настоящее время становится более частым благодаря широкому использованию в обследовании эхокардиографии, однако внезапность катастрофы и наличие «клинических масок» делает прижизненную диагностику РВА порой весьма затруднительной. Риск разрыва аорты особенно высок при сочетании повышенного до 5-6 см диаметра аорты и неуправляемой артериальной гипертензии. Выживаемость в течение 5 лет больных с диагностированной аневризмой восходящего отдела аорты без лечения составляет, по данным разных авторов, от 25 до 50%.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРАДИЦИОННЫХ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА С ТОЛЩИНОЙ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА СОННЫХ АРТЕРИЙ

*Н.О. Катамадзе, Л.Л. Берштейн, С.А. Сайганов, Ю.Н. Гришкин  
ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет  
имени И.И.Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург*

**Цель исследования.** Оценить взаимосвязь между традиционными факторами сердечно-сосудистого риска и выраженностью атеросклеротических изменений в сонных артериях.

**Материалы и методы.** Обследован 41 пациент (23 мужчин, 18 женщин) в возрасте  $53,1 \pm 8,3$  лет (36-68 лет) без верифицированной ишемической болезни сердца с одним или более традиционными факторами сердечно-сосудистого риска. Выраженность атеросклеротических изменений в сонных артериях оценивали при ультразвуковом исследовании по толщине комплекса интима-медиа (ТКИМ). Измерение ТКИМ выполняли в продольной плоскости по задней стенке сосуда в трех точках дистального отдела общей сонной артерии била-терально с расчетом среднего значения.

**Результаты.** Артериальная гипертензия отмечалась у 37 (90%) пациентов, курили 18 (44%) обследованных, 8 (20%) пациентов имеют отягощенную

наследственность. Уровень общего холестерина составил  $5,6 \pm 1,1$  ммоль/л, липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) –  $3,6 \pm 0,8$  ммоль/л, липопротеинов высокой плотности –  $1,2 \pm 0,3$  ммоль/л. Среднее значение пульсового давления было  $73,5 \pm 20,6$  мм рт. ст., индекса курящего человека –  $7,8 \pm 12,3$  пачка/лет, ТКИМ –  $0,8 \pm 0,2$  мм. По результатам робастного регрессионного анализа перечисленных показателей выявлена статистически значимая корреляция ТКИМ с возрастом и уровнем ЛПНП. Показано, что увеличение возраста на 1 год приводит к утолщению комплекса интима-медиа (КИМ) в дистальном отделе общей сонной артерии на  $0,013$  мм ( $p < 0,0001$ ), а увеличение уровня ЛПНП на 1 ммоль/л – к утолщению КИМ на  $0,071$  мм ( $p = 0,003$ ).

**Заключение.** У бессимптомных пациентов возраст и уровень липопротеинов низкой плотности являются факторами, наиболее сильно влияющими на выраженность атеросклеротических изменений в сонных артериях.

## ЭНДОСОНОГРАФИЯ И ТОНКОИГОЛЬНАЯ АСПИРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ ЭНДОСОНОГРАФИИ: ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ, ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ

*В.А. Кащенко, Е.А. Сишкова, Е.Г. Солоницын, Д.В. Распереза, С.М. Лобач,  
Т.В. Тинякова, С.Л. Воробьев  
ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург*

В сентябре 2010 г. в Клинической больнице №122 имени Л.Г. Соколова было установлено оборудование для проведения эндоскопической ультрасонографии (ЭУС), представленное эндоскопической системой Olympus Ehexa II, ультразвуковым блоком Olympus EU-ME1 и эхоэндоскопами радиального и конвексного типа.

Основными показаниями для выполнения манипуляций были очаговые и диффузные поражения верхних и нижних отделов ЖКТ и панкреато-билиарной зоны. Тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) под контролем гастродуоденальной эндосонаграфии выполнена в 54 случаях. Пункция проводилась при образованиях поджелудочной



железы, подслизистых образованиях ЖКТ, а также при увеличенных лимфоузлах брюшной полости, подозрительных на метастатическое поражение или опухолевую трансформацию. Верификация материала осуществлялась цитологическим и иммуноцитохимическим способами. Были проанализированы полученные результаты, совпадение с данными референтных методов (КТ, МРТ), исследование послеоперационного материала. В докладе обсуждаются проблемы организации

высокотехнологичной эндоскопической помощи, опыт внедрения новых высокотехнологичных методов в рутинную клиническую практику, особенности цитологической диагностики, диагностическая и прогностическая роль ЭУС и ТАБ в комплексной программе обследования пациентов клиники абдоминальной хирургии. Отражены отдельные клинико-экономические аспекты. Делается вывод о важности междисциплинарных взаимодействий в многопрофильной хирургической клинике.

## ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА (СД2) В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ (ОИТ) ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

*Е.С. Комиссарова, Л.Г. Стронгин, С.А. Тезяева, Н.Г. Беляева*

*ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» МЗ РФ*

**Цель исследования.** Сравнить влияние двух целевых уровней гликемии (6,5-8,5 и 8,6-11,0 ммоль/л) у больных хирургического профиля с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа (СД2) в период пребывания в отделении интенсивной терапии (ОИТ) на тяжесть течения и 90-дневную выживаемость.

**Материалы и методы.** В исследование включены 88 больных, госпитализированных в ОИТ по поводу различной хирургической патологии и имеющих либо СД2 в анамнезе, либо гипергликемию > 11 ммоль/л. При поступлении в ОИТ пациенты рандомизированы на 2 группы. У пациентов группы 1 (n=45) поддерживали уровень гликемии 6,5-8,5 ммоль/л, группы 2 (n=43) – 8,6-11,0 ммоль/л. Исследуемые группы не различались по возрасту, полу, характеру хирургической патологии, исходной тяжести состояния, длительности СД2 и степени декомпенсации. Контроль инсулина в первые 72 часа осуществлялся инсулином короткого действия путем внутривенной инфузии через инфузомат или подкожных инъекций (в равных пропорциях в обеих группах). Мониторинг гликемии осуществляли с частотой 1 раз в 1-3 часа. Оценивали 72-часовую динамику тяжести по шкале APACHE II, количество

гипогликемии, госпитальную летальность и 90-дневную выживаемость.

**Результаты и обсуждение.** В первые 24 часа целевые уровни гликемии были достигнуты у всех пациентов. В группе 1 это потребовало 8 (3-9) часов, в группе 2 – 21 (8-24) час (p=0,05). Среднесуточная гликемия составила 7,1 ммоль/л в группе 1 и 9,4 – в группе 2 (p=0,021). Средняя амплитуда колебаний гликемии в течение суток составила 0,9 ммоль/л в группе 1 и 1,4 ммоль/л в группе 2. В группе 1 число симптоматических гипогликемий составило 8,8%, в группе 2 – 2,3%, (p=0,06). Показатели по шкале APACHE II снизились в группе 1 на 7,0 (5,3-11,1), в группе 2 – на 7,3 (5,6-11,6) баллов (p=0,6). Летальность в стационаре составила, соответственно, 13,3 и 9,3% (p=0,1), 90-дневная выживаемость – 84,5% и 81,4% (p=0,1).

**Выводы.** У больных СД2, находящихся в ОИТ хирургического профиля, не выявлено преимущество поддержания гликемии на уровне 6,5-8,5 ммоль/л по сравнению с уровнем 8,6-11,0 ммоль/л в отношении исходов основной патологии, но отмечена достоверно большая частота гипогликемических событий.

## ДЕГЕНЕРАТИВНАЯ АОРТАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Б.Е. Королев

ГБУЗ «442 окружной военный клинический госпиталь имени З.П. Соловьева», Санкт-Петербург

Большая частота дегенеративной аортальной недостаточности (ДАН), выявляемой эхокардиографически у лиц пожилого возраста, не может не обратить на себя внимания. Анализ этой малоизученной формы дегенеративных пороков аортального клапана и стал целью настоящей работы. В течение 3 лет нами выявлены и взяты под диспансерное наблюдение 218 случаев ДАН (198 мужчин, 20 женщин). Средний возраст пациентов с ДАН составил 74 года. Согласно нашим данным, ДАН выявляется у каждого 10-го кардиологического пациента старше 65 лет. Практически во всех случаях заболевание было впервые выявлено эхокардиографически у пациентов, направленных на это исследование по поводу ИБС и ГБ. У 170 пациентов ДАН определена как изолированная, у 48 – в сочетании с ДАС при ведущей ДАН. По эхокардиографическим критериям выявленная ДАН относилась к легкой степени у 170 пациентов, к средней – у 42, к тяжелой – у 6. В подавляющем большинстве случаев пациенты с выявленной легкой, средней и в некоторых случаях с тяжелой ДАН не имели клинических проявлений порока, позволявших терапевту диагностировать или заподозрить его. Диастолический шум – наиболее характерный признак «классической» аортальной недостаточности выслушивался только при тяжелой степени порока. При легкой и средней степени порока в 90% случаев имел место неинтенсивный систолический шум над аортой, который можно рассматривать как сопровождающий, иногда как шум сопутствующего дегенеративного аортального стеноза. Заключение рентгенологического исследования (флюорографии) органов грудной клетки у подавляющего большинства пациентов было сформулировано как «...в пределах возрастных изменений», только в 10% случаев (при тяжелой ДАН) содержало указание на расширение сердца. Из них аортальная конфигурация сердца выявлена только в 5% случаев. Электрокардиограмма в 40% случаев содержала признаки гипертрофии левого желудочка в виде увеличенной амплитуды

зубцов Svl, Rv5-6 с изменениями реполяризации по типу диастолической перегрузки левого желудочка. Весьма характерным было отсутствие qv5-6 при высоких R. В остальных случаях изменения на электрокардиограмме отсутствовали или носили неспецифический характер. ДАН не имеет специфических маркеров при лабораторном исследовании крови, однако нами отмечен сдвиг в липидном спектре крови в сторону увеличения атерогенных фракций. Эхокардиография, помимо надежного выявления аортальной регургитации, позволила определить ее причину – деформацию аортальных полулуний и/или возрастную дилатацию корня аорты, а также выявила у пациентов с ДАН тенденцию к расширению левого желудочка и умеренную гипертрофию его миокарда. За время наблюдения оказались декомпенсированными 5 пациентов, четверем из них проведена операция протезирования аортального клапана. 1 декомпенсированный 80-летний пациент с ДАН 3 ст., не оперированный по причине наличия противопоказания к операции, умер. По показаниям проводили симптоматическое медикаментозное лечение.

### Выводы.

1) ДАН – наиболее часто встречающийся среди лиц пожилого возраста порок сердца, имеющий в большинстве случаев легкое течение, медленное прогрессирование и благоприятный прогноз; 2) причинами ДАН являются дегенеративные изменения аортального клапана и/или возрастное расширение корня аорты; 3) в периоде компенсации ДАН имеет малосимптомное течение, обычно скрытое за симптомами других заболеваний (ИБС, ГБ), что затрудняет клиническую диагностику на приеме у терапевта; 4) инструментальные (кроме эхокардиографии) и лабораторные методы диагностики ДАН в части случаев недостаточно информативны; 5) протезирование аортального клапана – эффективный метод лечения ДАН; 6) легкая степень порока не требует лечения, при более тяжелых степенях возможно симптоматическое лечение.

## УРЕТРАЛЬНЫЕ СТЕНТЫ В ЛЕЧЕНИИ ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

Э.М. Костянян, С.И. Горелов, В.П. Горелов, В.Г. Григорьев

ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург  
ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический  
медицинский университет» МЗ РФ

**Введение.** Основными причинами развития инфравезикальной обструкции (ИВО) являются доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), рак предстательной железы (РПЖ), стриктура мочеиспускательного канала, опухоль уретры, детрузорно-сфинктерная диссинергия (ДСД). Основным видом лечения этих пациентов является хирургический. Существует значительная группа больных с тяжелыми интеркуррентными заболеваниями, имеющих высокий операционно-анестезиологический риск, а также больные, отказывающиеся от оперативного вмешательства. У данной группы пациентов основными способами отведения мочи при развитии ИВО являются длительная катетеризация мочевого пузыря или надлобковое отведение мочи путем цистостомии. Одним из альтернативных или дополнительных методов лечения ИВО у таких больных может быть стентирование уретры.

**Цель.** Оценить эффективность уретральных стентов второго поколения Memokath при лечении пациентов с инфравезикальной обструкцией различного генеза.

**Материалы и методы исследования.** В отделении урологии ФГБУЗ «Клиническая больница №122 им Л.Г.Соколова Федерального медико-биологического агентства» с 2009 по 2012 год стенты Memokath (Engineers and Doctors Company, Дания) установлены 44 пациентам с ИВО. Стенты изготовлены из нитинола и обладают эффектом «памяти формы».

Простатические стенты были установлены 11 пациентам. Средний возраст больных составил  $73,3 \pm 2,7$  лет (от 66 до 83 лет). Срок наблюдения, в среднем, составил  $7,3 \pm 0,5$  месяца (от 3 до 12 мес.).

Уретральные стенты установлены 34 мужчинам со стриктурой мочеиспускательного канала. Средний возраст больных –  $64,4 \pm 2,6$  лет (от 49 до 79 лет). У всех больных стриктуры были рецидивными и протяженными (более 2 см). Стриктуры уретры ятрогенного характера диагностированы у 32 (94,1%) больных, у 2 (5,9%) – посттравматического генеза. В бульбозном отделе стриктура локали-

зовалась у 24 (70,6%) пациентов, а у 10 (29,4%) – в пеноскротальном.

**Результаты исследования.** Простатические стенты. Общая эффективность применения простатических стентов составила 73%. Отчетливое повышение объемной скорости мочеиспускания отмечено через 1 месяц после установки стента: максимальное среднее значение  $Q_{max}$  ( $19,9 \pm 1,4$  мл/сек) достигнуто через 6 месяцев после стентирования. Отмечена положительная динамика ООМ: через 1 месяц после установки стента средние показатели ООМ снизились с  $107 \pm 30,2$  мл до  $52,3 \pm 4,1$  мл ( $p < 0,05$ ). Среднее значение показателей по шкале IPSS через 1 месяц после установки стента снизилось с 16,3 до 9,5 баллов ( $p < 0,05$ ) и не превышало 10 баллов на протяжении всего периода наблюдения.

Уретральные стенты. Общая эффективность стентирования при стриктурах уретры составила 61,8%. Средние показатели объемной скорости мочеиспускания ( $Q_{max}$ ) через 1 месяц после стентирования увеличились с  $7,2 \pm 3,4$  мл/сек до  $14,6 \pm 2,6$  мл/сек. ( $p < 0,05$ ) и не снижались на протяжении всего периода наблюдения. ООМ в течение 1 месяца после стентирования снизился с  $98 \pm 7,7$  мл/сек. до  $60,3 \pm 2,4$  мл/сек. ( $p < 0,05$ ). В течение 6 месяцев после удаления стентов рецидив стриктуры развился у 13 (38,2%) больных.

**Вывод.** Применение простатических стентов показано у больных с тяжелыми интеркуррентными заболеваниями, имеющих высокий операционно-анестезиологический риск. Стентирование позволяет избежать надлобкового отведения мочи путем цистостомии или длительной катетеризации мочевого пузыря. Это дает возможность улучшить качество жизни пациентов, социально адаптироваться и оставаться трудоспособными.

Применение уретральных стентов в комбинации с внутренней оптической уретротомией позволяет улучшить результаты эндоскопического лечения рецидивных протяженных стриктур мочеиспускательного канала за счет снижения количества рецидивов заболевания.

## НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

*К.В. Котенко, Н.Б. Корчажкина, А.А. Борисов, М.С. Петрова*  
ФГБУ ГНЦ «Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна»  
ФМБА России, Москва

В последние годы пристальное внимание обращено на реконструктивно-пластические органосберегающие операции на матке. Это связано с тем, что многие женщины стремятся реализовать репродуктивную функцию в возрасте старше 30 лет на фоне развития доброкачественных образований матки. Аппаратная физиотерапия – один из перспективных методов для профилактики послеоперационных нарушений у данной категории пациентов.

**Цель исследования.** Изучить влияние импульсного бегущего магнитного поля на иммунный статус в раннем послеоперационном периоде у женщин, перенесших органосберегающие оперативные вмешательства на органах малого таза.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 90 женщин в возрасте от 29 до 54 лет (средний возраст 35,6 лет) в раннем послеоперационном периоде, перенесших органосберегающие оперативные вмешательства на матке.

Методом рандомизации пациентки были разделены на 3 сопоставимые по клинико-функциональным характеристикам группы:

- основная – 30 больных, которым на фоне стандартного медикаментозного лечения применялось импульсное бегущее магнитное поле на низ живота и на воротниковую область от аппарата «Алмаг-01», время воздействия – 10 минут на каждое поле, на курс – 10 процедур;

- сравнения – 30 больных, которым на фоне стандартного медикаментозного лечения применялось импульсное бегущее магнитное поле от аппарата

«Алмаг-01» только на низ живота, время воздействия – 15 минут, на курс – 10 процедур;

- контрольная – 30 больных, которым проводилась только стандартная медикаментозная терапия.

### **Результаты собственных исследований.**

В исходном состоянии был выявлен дисбаланс в гуморальном звене иммунной системы в виде снижения количества В-лимфоцитов, повышения уровня иммуноглобулинов классов А и М на 24%, G – на 56%. Изменения клеточного звена характеризовались дисбалансом иммунорегуляторных субпопуляций у 61% пациентов, что привело к снижению иммунорегуляторного индекса.

Под влиянием комплексного воздействия на низ живота и на воротниковую область в основной группе отмечалось восстановление баланса Т-клеточных субпопуляций; Т-супрессоров/киллеров и Тхелперов/индукторов и коррекция их соотношения по сравнению с данными, полученными в группе сравнения, и достоверно отличались от показателей контрольной группы, где хотя и отмечались позитивные изменения в отдельных показателях клеточного иммунитета, однако они были менее значимы, а в гуморальном звене иммунитета отмечались достоверные изменения лишь в содержании В-лимфоцитов.

Таким образом, проведенными исследованиями установлено, что коррекция нарушений в иммунном статусе под влиянием комплексного физиотерапевтического лечения лежит в основе профилактики осложнений в раннем периоде у женщин, перенесших органосберегающие оперативные вмешательства на матке.



## СОСТОЯНИЕ СИНОАТРИАЛЬНОГО УЗЛА У БОЛЬНЫХ С УЗЛОВЫМ ЗАГРУДИННЫМ ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ

<sup>1,5</sup>Е.А. Курникова, <sup>1,3</sup>А.М. Осадчий, <sup>1,3</sup>В.А. Маринин, <sup>4,5</sup>В.Н. Федорец, <sup>2</sup>У.В. Лебедева

<sup>1</sup>ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова» МЗ РФ

<sup>3</sup>ФГБУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

<sup>4</sup>ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова

Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург  
<sup>5</sup>ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ

В настоящее время узловой эутиреоидный зоб (ЭУЗ) является распространенным заболеванием щитовидной железы (заболеваемость составляет 30-40 на 100 тыс. населения), частота встречаемости составляет от 3 до 6%. При этом вопрос нарушений функции синоатриального узла (САУ) у данной категории больных остается практически малоизученным.

**Цель исследования:** изучить функцию САУ у больных с обычной и загрудинной локализацией ЭУЗ перед оперативным вмешательством и после него.

**Материалы и методы исследования.** Обследованы 50 больных в возрасте от 45 до 74 лет (средний возраст – 56,7±7,9 лет) с ЭУЗ. Имеющиеся нарушения функции САУ оценивали по результатам ЭКГ, суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру в пред- и послеоперационном (через 1 и 3 месяца после операции) периоде. С целью безопасного выполнения плановых хирургических вмешательств, при наличии показаний, пациентам интраоперационно выполнялась временная электрокардиостимуляция сердца либо первым этапом проводилась имплантация постоянного электрокардиостимулятора.

В зависимости от локализации ЭУЗ пациентки были разделены на 2 группы – 1 группа (n=15) – пациенты с загрудинной локализацией, 2 группа (n=35) – с обычной локализацией ЭУЗ.

**Результаты исследования.** До оперативного вмешательства транзиторное нарушение функции

САУ было выявлено у 23 пациенток (46%): из них у 10 человек – синусовая брадикардия, у 8 – транзиторная СА-блокада 2 степени 1 типа, у 5 – транзиторная СА-блокада 2 степени 2 типа. В 1 группе нарушение функции САУ встречалось достоверно чаще – 86,7% vs 28,6% (p<0,05). Синусовая брадикардия и СА-блокада 2 степени 1 типа также чаще встречались в 1 группе – 40% vs 11,4% (p<0,05) и 33,3% vs 8,6% (p<0,05) соответственно, частота СА-блокады 2 степени 2 типа достоверно не различалась – 13,3% vs 8,7%. При этом у всех пациентов с загрудинной локализацией зоба и признаками компрессии органов шеи (5 пациентов) отмечались нарушения функции САУ. В послеоперационном периоде нарушения функции САУ сохранялись у 33,3% пациентов 1 группы и 17,2% – 2 группы. Частота синусовой брадикардии, СА-блокады 2 степени 1 типа, СА-блокады 2 степени 2 типа составили 13,3% vs 2,9%; 6,7% vs 5,7%, 13,3% vs 8,6%, соответственно.

**Выводы.** У больных загрудинной локализацией зоба выявлена высокая частота нарушения функции САУ, достоверно более высокая по сравнению с пациентами, имеющими обычную локализацию ЭУЗ. При этом в процессе наблюдения выявлено значительное снижение частоты встречаемости синусовой брадикардии, СА-блокады 2 степени 1 типа после выполнения оперативного вмешательства. Таким образом, более высокая частота нарушений функции САУ и их потенциальная обратимость обуславливает необходимость дальнейшего изучения этой проблемы с целью оптимизации ведения больных с ЭУЗ в периоперационном периоде.

## ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ

*Е.В. Лебедева, М.Ю. Шерстнов*

*ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург*

Опухоли кожи в структуре онкологической заболеваемости в РФ занимают второе место. Наиболее распространенной злокачественной эпителиальной опухолью кожи является базально-клеточный рак (БКРК). БКРК развивается из эпидермиса. Для опухоли характерен инвазивный рост с разрушением окружающих тканей, с редким метастазированием. Наиболее частым провоцирующим фактором развития БКРК является инсоляция. В настоящее время считается, что при БКРК интенсивное солнечное облучение в детстве и юности способно через много лет привести к развитию опухоли.

В настоящее время при лечении БКРК используют лучевую терапию, хирургическое лечение, включающее крио- и лазерную деструкцию, химиотерапию.

Наибольшую сложность представляют лечение множественных, рецидивных, радиорезистентных форм, а также локализация новообразований в анатомически сложных областях. БКРК представляет серьезную опасность при локализации вокруг глаз, в носогубных складках, в окружности наружного слухового прохода и в задней борозде ушной раковины. В этих случаях опухоль глубоко прорастает в подлежащие ткани, разрушая мышцы и кости, и иногда достигает твердой мозговой оболочки. Также возможно разрушение крупных сосудов, что приводит к кровотечениям.

Современные методы лечения приводят к полному или частичному излечению опухолей кожи, по данным различных авторов, в 60-80% случаев.

Поражения кожи изначально были областью применения фотодинамической терапии (ФДТ) благодаря доступности проведения света. Накоплен большой опыт использования ФДТ при лечении опухолевых и неопухолевых заболеваний кожи. В зарубежной и отечественной литературе большое число публикаций и статей по использованию ФДТ для лечения БКРК с использованием различных фотосенсибилизаторов при различных способах введения.

В Клинической больнице №122 (ФГБУЗ КБ № 122) ФДТ может стать методом выбора для лечения пациентов с множественными, рецидивирующими формами БКРК, в местах труднодоступных локализаций, а также у пациентов с тяжелой сопутствующей соматической патологией. С сентября 2012 г. по февраль 2013 г. методом ФДТ в кожном отделении ФГБУЗ КБ №122 пролечено 5 пациентов с диагно-

зом базалиома кожи. Все пациенты были старше 60 лет, у всех больных была выявлена тяжелая сопутствующая патология, все опухоли располагались на голове. Три пациента имели рецидивирующие и множественные формы базалиом (от двух и более). Один из таких пациентов был пролечен методом ФДТ в отделении дерматовенерологии совместно с онкологами ФГБУЗ КБ №122.

Пациент Г., 67 лет, обратился в ФГБУЗ КБ №122 с жалобами на наличие двух образований на коже левой височной области и коже волосистой части головы. Из анамнеза известно, что данные образования появились три года назад, за этот период к врачам не обращался. За это время образования увеличивались в размере, начали изъязвляться, мокнуть.

Пациент осмотрен онкологом. Местно: на коже левой височной области экзофитное бугристое образование неравномерной окраски от темно-фиолетового до блекло-розового, с четкими границами, с участками изъязвления на поверхности, размерами 1,5-2,0-0,3 см (рисунок 1).



*Рис. 1. Базалиома левой височной области*

В области кожи волосистой части головы (тенная часть) узел застойно-красного цвета с бугристой поверхностью, четкими неровными границами, покрытый геморрагическими корочками, размерами 2,5-3,0-0,8 см. Дерматоскопически в обоих образованиях видны все признаки базалиомы: изъязвление, ветвящиеся сосуды, серо-голубые пятна (рисунок 2).

Выполнено гистологическое исследование образований, микро: базалиома-базальноклеточный рак, железисто-солидный характер роста с инвазией в подлежащие ткани.



Рис.2. Базалиома теменной области

В анамнезе ИБС, стенокардия 3 ф.к., атеросклеротический кардиосклероз, ГБ 3 ст., недостаточность кровообращения 2 ст., СД 2 типа. Пациент на время лечения нуждался в стентировании коронарных артерий. Пациент отказался от хирургического лечения и лучевой терапии. Совместно с онкологами решено проведение ФДТ базалиом с внутритканевым введением раствора фотосенсибилизатора. Для подтверждения диагноза и улучшения результатов ФДТ выполнено отсечение экзофитных компонентов опухоли. В качестве фотосенсибилизатора для ФДТ использовали препарат «Фотодитазин» в виде концентрата для приготовления раствора для инфузий 5 мг/мл (изготовитель ООО «ВЕТА-ГРАНД», Россия).

Внутритканевое введение 0,6 мл 5% раствора «Фотодитазина» в образование на виске, 1 мл 5% раствора «Фотодитазина» в образование на волосистой части головы проводили из расчета 2,5 мг/см<sup>3</sup> опухоли. Через 10 мин. после введения раствора «Фотодитазина», проводили флюоресцентную диагностику. Наличие флюоресценции и ее интенсивность оценивали с помощью оптической системы для флюоресцентной диагностики Visera-pro (фирма OLYMPUS), осветитель Visera-pro со спектром излучения в диапазоне 405-450 нм. Флюоресценцию оценивали визуально через интерференционный светофильтр с полосой пропускания 520 нм. ФДТ проводили с использованием лазера АЛКОМ МЕДИКА (АЛОД 01662) с длиной волны 662 нм. В каждом образовании обработано по два поля по 2,0 см, Ps – 0.48Вт/см<sup>2</sup>, 600Дж/см<sup>2</sup>. Во время лечения пациент отмечал выраженный

болевым синдром, жжение, который купировали ненаркотическими анальгетиками. После сеанса ФДТ в зоне лечения отмечены отек, гиперемия, выраженная экссудация. При флюоресцентной диагностике свечение не наблюдали, визуализировали темное пятно. Через сутки после лечения на месте опухоли отмечали геморрагический некроз, отечность мягких тканей, окружающих опухоль. Болевой синдром купировали ненаркотическими анальгетиками и НПВС. Отечность мягких тканей самостоятельно разрешилась через 1 неделю. Зоны опухолей обрабатывали анилиновыми красителями и присыпками с антибиотиком, чтобы уменьшить экссудацию тканей. Через месяц в зоне лечения отмечена активная эпителизация по периферии тканей, грануляции. Через 2 месяца после лечения в области волосистой части головы имеется блекло-розовая рубцовая ткань с геморрагической корочкой в центре около 1 см в диаметре, отмечен частичный регресс опухолевой ткани, опухоль уменьшилась на 70%, в височной области на месте образования – рубцовая ткань, опухоль регрессировала полностью, отмечен хороший косметический эффект. Пациенту на базалиому волосистой части головы проведен повторный сеанс ФДТ, обработано одно поле 2,0 см, 300 Дж/см<sup>2</sup>. Через 1 месяц полный регресс данного образования (рисунки 3, 4).

Остальные 3 пациента имели поверхностные формы БКРК, и одна пациентка с язвенно-узелковой формой БКРК, подтвержденные гистологически. У всех пациентов получили полный регресс опухолей после одного сеанса ФДТ с внутритканевым введением раствора фотосенсибилизатора. Планируется дальнейшее наблюдение за пациентами.

В ходе лечения не выявлено побочных реакций и осложнений, пациент не нуждался в соблюдении светового режима, пациент перенес процедуру удовлетворительно, не отмечено негативных влияний на организм в целом.

Отсутствие побочных реакций и осложнений, а также проведение процедуры в амбулаторных условиях, избавление от опухоли за одну процедуру являются критерием выбора ФДТ как метода лечения БКРК в клинической практике.



Рис.3. Левая височная область через 2 месяца после ФДТ, полный регресс опухоли



Рис.4. Волосистая часть головы через 2 месяца после первого сеанса ФДТ, частичный регресс опухоли



## ОПЫТ ЧАСТНО-ГОСУДАРСТВЕННОГО ПАРТНЕРСТВА В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ГЕМОДИАЛИЗНОЙ ПОМОЩИ

*О.Н. Лебедь, Д.В. Пивень, Т.В. Бойко*

*Министерство здравоохранения Иркутской области, Иркутск*

В Иркутской области отмечается чёткая тенденция к росту больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН), в том числе нуждающихся и получающих заместительную почечную терапию в виде амбулаторного гемодиализа. Так в 2008 году гемодиализ получали 204 пациента, в 2009 году – 252 пациента, в 2010 году – 303 пациента. В 2011 году в областном регистре больных с ХПН состояли 1824 пациента. Из них нуждались в заместительной почечной терапии 650 человек, в том числе в гемодиализе – 341. Гемодиализную помощь пациенты получали в Иркутской области в муниципальной клинической больнице, в муниципальных учреждениях «Медсанчасть ИАПО» г. Иркутска и «Городская больница №1» г. Братска. Всего имелось 40 аппаратов. Для обеспечения потребности гемодиализные центры работали с огромной нагрузкой (в 4 смены, круглосуточно).

Возрастающие потребности, необходимость повышения доступности требовали совершенствования организации диализной помощи в регионе. В 2010 г. между Правительством Иркутской области, ОАО «СОГАЗ» и ООО «Б. Браун Авитум Руссланд» было заключено трехстороннее Соглашение. В рамках Соглашения на территории области построе-

ны 3 центра амбулаторного гемодиализа. Первый центр амбулаторного гемодиализа открыт в ноябре 2011 года в г. Иркутске (ул. Украинская, 3). В центре установлены 12 аппаратов. С февраля 2012 года начал работать центр амбулаторного диализа в г. Братске, оборудованный 20 стационарными аппаратами «искусственной почки». Закончено строительство ещё одного центра амбулаторного гемодиализа на 40 аппаратов в г. Иркутске (микрорайон Юбилейный).

Порядок направления пациентов регламентируется приказом министерства здравоохранения Иркутской области от 27.01.2012 №11-мпр «О Порядке направления пациентов на лечение в амбулаторных условиях в негосударственные медицинские учреждения – центры гемодиализа в Иркутской области». Таким образом, к концу 2012 года в рамках частно-государственного партнёрства в центрах амбулаторного диализа будут установлены 72 аппарата для гемодиализа. Оплата гемодиализа осуществляется за счёт средств ОМС по установленному тарифу. 135 имеющихся аппаратов для гемодиализа позволят обеспечить данным видом медицинской помощи не менее 810 больных. С учётом прогноза по приросту больных потребность области в данном виде медицинской помощи закрыта до 2017-2020 гг.

## ВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И СТЕПЕНЬ ИХ ОБРАТИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА

*Л.И. Левина, Л. Бен Рхума*

*ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический  
медицинский университет» МЗ РФ*

**Цель исследования.** Изучить вегетативные расстройства и степень их обратимости у больных инфарктом миокарда (ИМ) в зависимости от возраста и степени поражения коронарного русла.

**Материалы и методы.** Обследованы 87 больных мужского пола с первичным ИМ в возрастных группах 30-50 лет (29 чел.) и 50-70 лет (58 чел.). Всем больным проведено коронароангиографическое ис-



следование, по данным которого в каждой возрастной группе выделены больные с однососудистым и многососудистым поражением. Всем больным проведена баллонная ангиопластика и стентирование инфарктзависимой коронарной артерии. Проводили суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру с использованием кардиомонитора «Кардиотехника 4000» с блоком оценки вариабельности ритма сердца. Анализировали спектральные показатели: tp, VLF, LF, HF, nLF, nHF, LF/HF. Контрольную группу составил 31 практически здоровый мужчина. Исследование проводили дважды: на 5-6 день и через 2-3 месяца с момента заболевания.

**Результаты.** У больных ИМ в возрастной группе 30-50 лет с однососудистым поражением при первом исследовании выявлено повышение активности как симпатического, так и парасимпатического отделов (СО, ПСО) ВНС с выраженным снижением активности ПСО в ночное время суток.

При повторном исследовании активность СО снизилась, и вегетативный баланс сдвинулся в сторону повышения активности ПСО ВНС. При многососудистом поражении у больных этой возрастной группы спектральные показатели при первом исследовании не отличались от контрольных и не изменились при повторном исследовании. У больных ИМ в старшей возрастной группе (50-70 лет) как при однососудистом, так и при многососудистом поражении первое и повторное исследования показали снижение активности центральных механизмов регуляции кровообращения.

**Заключение.** У больных с однососудистым поражением коронарного русла в возрасте 30-50 лет имеет место выраженная вегетативная дисфункция и суточный десинхроноз, которые являются факторами, способствующими коронарному спазму и играющими важную роль в патогенезе ИМ. Данные изменения являются обратимыми.

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА РАЗЛИЧНЫХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ТИПОВ И ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

<sup>1</sup>С.С. Леденцова, <sup>2</sup>В.Н. Федорец, <sup>1</sup>Н.С. Казанцева

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия»

<sup>2</sup>ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург

Согласно данным доступной литературы, в настоящее время насчитывается более 300 факторов риска ишемической болезни сердца (ИБС). Более половины из них составляют так называемые поведенческие факторы, которые полностью определяются образом жизни пациента. Исследование этих факторов риска привело к разработке поведенческой концепции с выделением в качестве предиктора ИБС поведение типа А (ПТА).

**Цель исследования:** изучение психосоматических характеристик у здоровых людей и больных ИБС различных поведенческих типов.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 120 практически здоровых людей в возрасте от 32 до 65 лет (средний возраст  $46,8 \pm 6,74$ ) и 405 больных ИБС в возрасте от 32 до 75 лет (средний возраст:  $49,2 \pm 5,0$ ).

ПТА диагностировали с использованием опросника Дженкинса и «Шкалы диагностики поведения

типа А» (ШДПТА); психологический профиль личности – с помощью опросника СМОЛ и Кэттелла; личностную и реактивную тревожность определяли с применением опросника Спилбергера.

**Результаты исследования.** Согласно полученным данным, здоровые лица с ПТА в сравнении с больными ИБС с ПТА обладали пониженными оценками практически по всем шкалам теста СМОЛ. Однако у здоровых людей уровня достоверной значимости значения достигали по шкалам «достоверности», «ипохондриии», «депрессии», «истерии», «психопатии», «паранойяльности», «психастении», «шизоидности», «гипомании» ( $p < 0,001$ ).

Результаты, полученные с использованием опросника Кэттелла, свидетельствовали, что при ПТА у здоровых лиц, по сравнению с больными ИБС, определялись достоверно более высокие показатели лишь по фактору «эмоциональная неустойчивость – эмоциональная устойчивость» и более низкие по фактору «расслабленность – напряженность» ( $p < 0,01$ ).

Повышенные значения у больных ИБС по шкалам невротической триады и «психастении» свидетельствовали о наличии определенного уровня тревоги и склонности к соматизации. Отличия больных по фактору «эмоциональная неустойчивость – эмоциональная устойчивость» свидетельствовали о невротической симптоматике и недостаточном эмоциональном контроле. Высокие оценки по фактору «расслабленность – напря-

женность» свидетельствовали о напряженности, возбужденности, взвинченности, беспокойстве, фрустрированности.

Таким образом, психосоматический статус больных ИБС с ПТА, в отличие от здоровых лиц, характеризуется высоким уровнем тревожности, нетерпеливостью, агрессивностью, раздражительностью, напряженностью, беспокойством, повышенной социальной активностью, энергичностью.

## ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ И ПОКАЗАТЕЛИ «СОСТАВА ТЕЛА» У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

*М.Б. Лясникова, Н.А. Белякова, Н.О. Сусликова*

*ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» МЗ РФ*

**Цель исследования.** Уточнить связь инсулинорезистентности с показателями «состава тела» у больных с разной степенью алиментарно-конституционального ожирения. **Материал и методы.** Обследованы 97 больных (10 мужчин, 87 женщин, средний возраст 39,1±11,0 лет) с избыточной массой тела и алиментарно-конституциональным ожирением. В зависимости от индекса массы тела (ИМТ) были сформированы три группы: 1-я группа – 30 человек с избыточной массой тела (ИМТ 27,1±1,61 кг/м<sup>2</sup>), 2-я – 30 пациентов с ожирением I степени (ИМТ 32,4±1,45 кг/м<sup>2</sup>) и 3-я – 37 больных с ожирением II-III степени (ИМТ 39,7±4,31 кг/м<sup>2</sup>). Всем пациентам проведено клинико-лабораторное обследование (с определением уровня глюкозы, базального инсулина (БИ) и индекса инсулинорезистентности (ИР) НОМА; норма <2,55), а также определение состава тела с помощью анализатора ABC-01 «МЕДАСС». Последнее исследование позволяет оценить долю (%) жировой массы (ОЖ), общей воды и жидкости, внеклеточной и внутриклеточной жидкости в организме пациента. На основании отношения фактической доли внеклеточной жидкости к должной водный баланс оценивали как гипогидроз (<0,95), нормогидроз (0,95-1,05) и гипергидроз (>1,05).

**Результаты и обсуждение.** Проведенное исследование выявило, что у больных ожирением

по мере нарастания ИМТ чаще встречались ИР (соответственно, у 20% пациентов 1-й и у 54% 3-й группы;  $p<0,05$ ) и патология углеводного обмена – НТГ и СД 2 типа (соответственно, у 3,3% пациентов 1-й группы и у 16,2% 3-й группы;  $p<0,05$ ). Анализ водного баланса показал, что нормогидроз преобладал при избыточной массе тела (в 75% против 52% во 2-й и 48% в 3-й группе;  $p<0,05$ ). У пациентов по мере увеличения ИМТ чаще отмечалось состояние гипогидроза (в 21% в 1-й, в 24% во 2-й и в 45% случаев в 3-й группе;  $p<0,05$ ). В свою очередь на фоне гипогидроза был выявлен более высокий уровень БИ (17,1±11,77 мкЕД/мл против 10±5,46 мкЕД/мл при гипергидрозе;  $p<0,05$ ) и индекса НОМА (3,88±2,22 против 2,21±1,28 при гипергидрозе;  $p<0,05$ ), а также выше доля ОЖ в организме (39,9±3,63% против 30,9±5,49% при гипергидрозе;  $p<0,05$ ). У обследованных с ИР гипогидроз отмечался чаще, чем при нормальном индексе НОМА (соответственно, у 36% и 12% больных;  $p<0,05$ ). Проведенный корреляционный анализ выявил наличие взаимосвязи индекса ИР со всеми изучаемыми показателями «состава тела». Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что у больных с ожирением по мере прогрессивного нарастания массовой доли жировой ткани, уровня инсулина снижается доля внеклеточной жидкости.

## ОЦЕНКА ПЕРЕНОСИМОСТИ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ И ТОЦИЗУЛИМАБА В КОМБИНАЦИИ С МЕТОТРЕКСАТОМ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

*В.И. Мазуров, Е.С. Жугрова, С.В. Долгих, В.В. Рипачев  
ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет  
имени И.И.Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург*

В последние годы в мире отмечен рост заболеваемости ревматоидным артритом (РА), при котором поражения суставов, органов и систем ведут к быстрой инвалидизации и сокращению продолжительности жизни больных, что обуславливает его важную медико-социальную значимость. Комплексная терапия РА основана на применении цитостатических препаратов в варианте монотерапии или комбинированной терапии для длительного и стойкого подавления иммуновоспалительного процесса, однако в целом ряде случаев она является неэффективной, что требует проведения интенсификации лечения с применением больших доз глюкокортикоидов и цитостатических препаратов (пульс-терапия), что может сопровождаться серьезными побочными эффектами.

**Материалы и методы.** В исследование включены 50 больных с достоверным диагнозом РА по критериям Американской коллегии ревматологов (1987). Обследованные пациенты разделены на 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту, активности и стадии заболевания: в 1-й группе больным РА проводили комбинированную терапию метотрексатом (МТ) в дозе 10-15 мг в неделю и тоцизулимабом (ТЦ) 8 мг/кг внутривенно один раз в 4 недели. Во 2-й группе

больные получали базисную терапию метотрексатом в дозе 10-15 мг в неделю и пульс-терапию (ПТ) циклофосфаном 1000 мг в первый день и метилпреднизолоном 1000 мг три дня подряд трижды с интервалом в один месяц. Обследование больных РА проводили в начале терапии, через 6 и 12 месяцев.

**Результаты.** В нашем исследовании мы наиболее часто наблюдали: инфекции мочевыводящих путей – у 6 больных, получавших пульс-терапию, у 5 – в группе больных, получавших ТЦ в комбинации с МТ. Герпес-вирусная инфекция отмечена у 4 больных, получавших ПТ ЦФ + М, и у 3 больных, получавших ТЦ в комбинации с МТ. ОРВИ отмечены у 5 больных РА, получавших пульс-терапию, у 4 больных, получавших ТЦ в комбинации с МТ. Лейкопения наблюдалась у 5 больных, получавших пульс-терапию. Данные побочные эффекты носили умеренно выраженный характер и требовали временной отмены препарата. Побочных реакций, угрожавших жизни пациентов, туберкулеза, онкопатологии ни в одной группе отмечены не были.

Таким образом, результаты нашего исследования показали, что побочные эффекты, возникающие при проведении биологической терапии и пульс-терапии, сравнимы и не требуют отмены препаратов.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АМЛОДИПИНА В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*В.И. Мазуров, М.А. Фролова  
ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет  
имени И.И.Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург*

Артериальная гипертензия является важнейшим фактором риска основных сердечно-сосудистых заболеваний – инфаркта миокарда и церебраль-

ного инсульта, определяющих высокую смертность населения трудоспособного возраста. Важнейшее значение в терапии артериальной гипертензии, по-

зволяющей продлить жизнь и сохранить здоровье больного, играет не только медикаментозное снижение артериального давления до целевого уровня, но и коррекция всех модифицируемых факторов риска. Достижение целевого уровня артериального давления у больных, страдающих тяжелой артериальной гипертензией, требует назначения комбинированной гипотензивной терапии препаратами разных групп. Целью настоящего исследования была оценка эффективности блокатора кальциевых каналов амлодипина в комплексной терапии пациентов с тяжелой артериальной гипертензией. Нами обследованы 28 пациентов с длительностью заболевания  $7,4 \pm 3,9$  года. Возраст больных составил 47-59 ( $52 \pm 3,6$ ) лет: 20 женщин (71%, средний возраст  $51 \pm 2,4$  года) и 8 мужчин (29%, средний возраст  $57 \pm 1,9$  лет). У всех больных на фоне комбинированной терапии ингибиторами АПФ (Рамиприл 5 мг в сутки), б-блокаторами (Карведилол 25 мг в сутки), мочегонными препаратами (Арифон ретард 1,5 мг в сутки) сохранялось артериальное давление  $> 180/110$  мм рт. ст. К указанной терапии в соответствии с планом исследования был добавлен амлодипин в начальной суточной дозе 5 мг (однократно в сутки). В течение 2 недель проводилось титрование дозы препарата. С этой целью мы оценивали общее состояние пациента и контролировали

уровень АД, при необходимости дозу амлодипина увеличивали. Продолжительность наблюдения составила 3 месяца. Средняя суточная доза амлодипина в процессе лечения составила  $7,5 \pm 2,5$  мг. Для оценки эффективности и безопасности лечения в начале исследования и через 3 месяца проводили клиническое обследование больных, включающее в себя эхокардиографическое исследование, суточное мониторирование ЭКГ и АД, определение липидного спектра, мочевины, креатинина, суточной потери белка. В результате регулярного применения амлодипина в составе комплексной гипотензивной терапии в течение 3 месяцев отмечено достоверное улучшение клинического состояния всех обследованных больных с артериальной гипертензией. Так исходный средний уровень систолического АД в общей группе больных составил  $180,7 \pm 8,7$  мм рт. ст., диастолического АД –  $96,3 \pm 2,8$ . Через 3 месяца применения рамиприла наблюдалось достоверное снижение среднего систолического АД на 18,7%, диастолического АД – на 12,3%. ЧСС за период наблюдения практически не изменилась. При биохимическом исследовании не отмечено отрицательное действие препарата на липидный спектр крови, показатели углеводного обмена, функции печени и почек: эти показатели до лечения и через 3 месяца терапии достоверно не различались.

## СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*В.И. Мазуров, М.А. Фролова*

*ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург*

Сахарный диабет 2 типа является одним из наиболее распространенных заболеваний в мире, с каждым годом количество таких больных неуклонно возрастает. Нарушения липидного обмена при диабете 2 типа характеризуются ранним распространением и развитием. Среди причин развития атеросклероза при данном заболевании выделяют количественные и качественные изменения липопротеидов. Целью нашего исследования было изучение некоторых показателей липидного обмена у пациентов с диабетом 2 типа и сопутствующей артериальной гипертензией, в зависимости от возраста и индекса массы тела (ИМТ). Нами обследованы 44 пациента (20 мужчин и 24 женщины) в возрасте  $54 \pm 3,6$  года, страдающих сахарным диабетом 2 типа и артериальной гипертензией и имеющих

нормальную массу тела (ИМТ  $27 \pm 2,1$  кг/м<sup>2</sup>). Вторую группу составили 38 пациентов (18 мужчин и 20 женщин) в возрасте  $68 \pm 1,6$  года с сахарным диабетом 2 типа, артериальной гипертензией и ожирением (ИМТ  $32 \pm 1,8$  кг/м<sup>2</sup>). Изучали концентрацию ЛПНП, ЛПОНП, ЛПВП, холестерина, триглицеридов в крови общеклиническими методами. Контрольную группу составили 26 мужчин и 20 женщин, не страдающих сахарным диабетом, ожирением и артериальной гипертензией. Исследование у больных с сахарным диабетом 2 типа проводили в стадии компенсации углеводного обмена. У пациентов 1-й группы, как мужчин, так и женщин, отмечалось достоверное повышение уровней ЛПОНП ( $1,2 \pm 0,15$  ммоль/л) и ЛПНП ( $3,7 \pm 0,2$  ммоль/л) по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,001$  и  $p < 0,01$  соответственно).



У пациентов обоих полов 2-й группы отмечалось увеличение концентрации общего холестерина ( $7,2 \pm 0,4$  ммоль/л;  $p < 0,01$ ), ЛПОНП ( $1,4 \pm 0,2$  ммоль/л;  $p < 0,001$ ) и уровня триглицеридов ( $3,2 \pm 0,6$  ммоль/л) при сравнении с аналогичной возрастной группой здоровых лиц. У больных с сахарным диабетом 2 типа, страдающих артериальной гипертензией и ожирением, имелась тенденция к увеличению с возрастом концентрации триглицеридов, ЛПОНП, ЛПНП в сыворотке крови с максимумом в возрастной группе 60-65 лет. На основании изложенного

стратегия лечения больных сахарным диабетом 2 типа в сочетании с артериальной гипертензией должна предусматривать не только контроль АД и уровня гликемии, но и мероприятия, позволяющие скорректировать нарушения липидного спектра, которые определяют суммарный риск развития ишемической болезни сердца, хронической сердечной недостаточности и инсульта. Своевременное назначение гиполипидемических препаратов позволяет снизить риск сердечно-сосудистых заболеваний и улучшить прогноз для таких пациентов.

## РОЛЬ ЖЕЛЧНЫХ КИСЛОТ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

*К.С. Макарова, Р.Г. Сайфутдинов*

*ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» МЗ РФ*

Желчные кислоты (ЖК) были открыты более 150 лет назад. Однако они долго оставались малоизученными из-за методических трудностей количественного определения. В связи с появлением новых способов их регистрации в биологических средах возникла возможность пересмотреть и расширить роль ЖК в организме человека. Определение уровня ЖК в сыворотке крови пациентов, страдающих заболеваниями билиарной системы, может помочь в выяснении их патогенеза и объяснения ряда клинических симптомов.

Концентрация ЖК в сыворотке крови повышается при холестазах (первичный билиарный цирроз, медикаментозная и механическая желтуха), гепатохолеститах, алкогольном поражении печени, гепатитоподобном синдроме у новорожденных и остром холецистите. В связи с этим комплексное обследование пациентов с заболеваниями билиарной системы наряду с определением билирубина, аланинаминотрансферазы, аспартатамино-трансферазы, амилазы должно включать в себя и контроль изменений уровня ЖК в сыворотке крови.

Более того, в литературе есть высказывания, что определение концентрации ЖК является более чувствительным индикатором холестаза, чем различные ферментные тесты. Нарушение метаболизма ЖК возникает при холестазах любой этиологии и проявляется в снижении экскреции кислот с желчью, задержке их в печени, следствием чего является сдвиг пула ЖК в сторону депонирования их в плазме и периферических тканях. Хотелось бы отметить, что изменение концентрации ЖК при этих заболеваниях часто возникает раньше изменения показателей билирубина и трансфераз.

Дополнение в диагностический план пациентам, страдающим заболеваниями билиарной системы, определения уровня ЖК в сыворотке крови может улучшить ведение больных данным заболеванием и способствовать раннему проведению профилактических мероприятий, направленных на предупреждение развития заболевания, у лиц, имеющих факторы риска возникновения билиарной патологии или наследственную предрасположенность к ней.

## ВЛИЯНИЕ ИНСУЛИНТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА НА АКТИВНОСТЬ ЦИКЛАЗНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Р.В. Максимов, А.Н. Дрыгин, С.Б. Шустов*

*ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург  
ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург*

**Цель исследования.** Заболеваемость сахарным диабетом и атеросклерозом продолжает расти несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении. Нарушение обмена углеводов при сахарном диабете сдвигает энергетический обмен клеток в сторону липолиза, продуктом которого является прямой предшественник холестерина – ацетил-коэнзим А. Это приводит к ускоренному развитию атеросклероза у пациентов с сахарным диабетом. Механизм действия гормонов, регулирующих уровень глюкозы, глубоко изучался на протяжении многих десятилетий, однако некоторые механизмы все еще остаются недостаточно изученными. Циклазная система реализует эффекты гормонов на пост-рецепторном уровне, действуя в качестве промежуточного звена между рецепторами и эффекторными системами клетки, и значительно страдает у пациентов с сахарным диабетом. Вероятно, изменения в циклазной системе связаны с изменениями гормональной активности. В данном исследовании мы пытались выявить специфические корреляции и отличия активности циклазной системы и гормональной регуляции углеводного обмена у пациентов, страдающих сахарным диабетом 1 и 2 типов.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 48 пациентов с достоверным диагнозом сахарный диабет по критериям ВОЗ. В группе 1 было 23 пациента с сахарным диабетом 1 типа (средний возраст  $30,5 \pm 13,5$  лет, длительность забо-

левания 10-26 лет). Группа 2 насчитывала 25 пациентов с сахарным диабетом 2 типа (средний возраст  $52,7 \pm 12,4$  лет, длительность заболевания 10-18 лет). В группе контроля было 18 здоровых лиц. Для всех участников исследования выполнялся стандартный инсулинтolerантный тест. До и после теста из кубитальных вен забиралась периферическая кровь. Оценивались внутриклеточные концентрации циклического аденозин- и гуанозинмонофосфата в периферических лейкоцитах, а также активность гормонов в плазме периферической крови.

**Результаты.** Было выявлено, что исходное соотношение цАМФ/цГМФ у пациентов с сахарным диабетом 2 типа было приблизительно вдвое больше, чем у пациентов с сахарным диабетом 1 типа. Соотношение цАМФ/цГМФ у группы контроля было наименьшим. После инсулинтolerантного теста это соотношение резко снизилось у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и, напротив, резко выросло у пациентов с сахарным диабетом 1 типа и группы контроля. Концентрация иммунореактивного инсулина выросла десятикратно в 1-й группе по сравнению с другими группами.

**Выводы.** Комбинация выраженного нарастания концентрации иммунореактивного инсулина и значительного снижения коэффициента цАМФ/цГМФ может рассматриваться как лабораторный маркер тканевой инсулинорезистентности у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

## СХОДСТВО ИЗМЕНЕНИЙ ЦИКЛАЗНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

*Р.В. Максимов, А.Н. Дрыгин, С.Б. Шустов*

*ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург  
ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург*

**Цель исследования.** Актуальность проблемы обусловлена сохраняющейся тенденцией к росту заболеваемости сахарным диабетом, сопряженным с повышенным риском возникновения ишемической болезни сердца, необходимостью дальнейшего изучения глубоких патогенетических механизмов. Исследование было нацелено на выявление общих черт или отсутствия таковых при сравнении динамики показателей внутриклеточного метаболизма и гормональной регуляции у больных с различными формами сахарного диабета и больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) без явного нарушения углеводного обмена для выявления ключевых патогенетических звеньев, определяющих развитие коронарного атеросклероза.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 47 пациентов с диагнозом сахарный диабет и 42 пациента с диагнозом ИБС. Первая группа насчитывала 29 пациентов с сахарным диабетом 1 типа (средний возраст больных 30,6±15,4 лет, длительность заболевания 1-24 года). Вторая группа включала 18 пациентов с сахарным диабетом 2 типа (средний возраст больных 54,7±12,3 лет, длительность заболевания 1-18 лет). Третья группа составила 42 пациента с ИБС (средний возраст больных был 52,3±11,7 лет). В группу контроля вошли 13 здоровых лиц (средний возраст 48,8±10,2 лет). Всем участникам исследования выполнялся инсулинотолерантный тест по стандартной методике. До и после теста из кубитальных вен забиралась периферическая кровь для лабораторной диагностики. Оценивались внутриклеточные концентрации циклических аденозинмонофосфата (цАМФ) и гуанозинмонофосфата (цГМФ) в периферических лейкоцитах, а также активность гормонов в плазме периферической крови.

**Результаты.** Исходное содержание цАМФ в лейкоцитах больных сахарным диабетом 1 типа и

ИБС имело тенденцию к повышению, а у больных сахарным диабетом 2 типа уровень цАМФ был достоверно выше нормы. Инфузия инсулина вызвала повышение цАМФ в лейкоцитах здоровых и больных сахарным диабетом 1 типа и ИБС. Однако у пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа, направленность реакции была обратной – уровень цАМФ снизился по сравнению с исходным, приблизившись к уровню нормы. Содержание цГМФ у больных, страдающих сахарным диабетом, было несколько ниже нормы. Под влиянием вводимого инсулина уровень цГМФ у здоровых и больных сахарным диабетом 1 типа и ИБС имел тенденцию к снижению, а у больных сахарным диабетом 2 типа он повышался по сравнению с исходными значениями. Коэффициент цАМФ/ цГМФ у больных сахарным диабетом 2 типа был отчетливо выше, чем в других группах обследуемых. Медленная инфузия инсулина обуславливала разнонаправленный характер изменений этого коэффициента: у здоровых лиц, больных сахарным диабетом 1 типа и ИБС он повышался, а у больных сахарным диабетом 2 типа – снижался при сравнении с исходными значениями. У 10 пациентов (24%) с коронарным атеросклерозом реакция цАМФ на введение инсулина была диаметрально противоположной: содержание нуклеотида не повышалось, а снижалось, как у больных сахарным диабетом 2 типа.

**Выводы.** В среднем у четверти пациентов с ИБС без явных нарушений углеводного обмена динамика содержания циклических нуклеотидов и нарастания инсулинемии в ходе инсулинотолерантного теста была сходна с изменениями этих показателей у больных сахарным диабетом 2 типа. Предположительно, эту часть больных с ишемической болезнью сердца можно рассматривать как лиц с преддиабетом, у которых атеросклеротические поражения предшествуют нарушению углеводного обмена.

## ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА VOCASTIM ПРИ НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ЭЛЕКТРОАРТИКУЛЯТОРНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТОВ И ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

*К.Ю. Максимова*

*СПб ГБУЗ «Городская больница №40» Курортного административного района, Санкт-Петербург*

Аппарат VocaStim сочетает в себе возможности электродиагностики степени поражения мышц голосового аппарата, гортани и голосовых складок и терапии для преодоления этих нарушений. Уже после нескольких процедур электростимуляции с помощью аппарата у больного отмечается улучшение артикуляции и качества голоса. Целью исследования явилось изучение эффективности нейромышечной электроартикуляторной стимуляции с помощью VocaStim в реабилитации больных с локальным поражением структур головного мозга, которые иннервируют речевую мускулатуру и процесс глотания. Под наблюдением находились 2 группы пациентов: основная и контрольная. В основную мы включили 25 пациентов с локальным поражением тех структур головного мозга, которые иннервируют речевую мускулатуру, у 12 наблюдалась псевдобульбарная дизартрия, у 8 – бульбарная дизартрия, включающая в себя дисфагию средней и легкой степени выраженности. Возраст больных – 18-74 года. Основные жалобы пациенты предъявляли на речевую несостоятельность, поперхивания при глотании, изменение качества голоса. В качестве базисной терапии использовали нейромышечную электроартикуляторную стимуляцию, осуществлявшуюся при помощи

аппарата VocaStim, больные выполняли фонопедические упражнения, записанные на СД с включением электростимуляции. Процесс электростимуляции сочетался с традиционным при данных патологиях лечением. Курс лечения состоял из 20 сеансов: по сеансу в день в течение 5 дней, затем 5 дней перерыва и т.д. Такая стратегия была выбрана для того, чтобы, во-первых, мышцы не привыкали работать только в условиях электростимуляции, а во-вторых, в условиях комплексного лечения, которое предполагает применение различных физиотерапевтических процедур, чрезмерное их количество может негативно отражаться на соматическом состоянии таких больных.

Исследование показало эффективность электростимуляции на аппарате VocaStim при лечении дисфагии, парезов гортани и других периферических и центральных парезов лица и гортани, восстановления звучности голоса у больных, страдающих стойкой гипотонусной дисфонией. Комбинация оптимальных упражнений, подобранных индивидуально для каждого в зависимости от степени поражения, и сочетание традиционных регулярных занятий позволяют значительно сократить сроки реабилитации больного.



## СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СТИМУЛЯЦИИ ИЗ ВЕРХУШКИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА И МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ НА ТЕЧЕНИЕ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

<sup>1,3</sup>В.А. Маринин, <sup>2,4</sup>В.Н. Федорец, <sup>1,3</sup>А.М. Осадчий, <sup>1</sup>Д.С. Лебедев, <sup>3</sup>Е.А. Курникова

<sup>1</sup>ФГБУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург

<sup>3</sup>ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

<sup>4</sup>ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ

**Цель исследования.** Изучить динамику клинических исходов и клинико-инструментальных показателей в отдаленном периоде в группах больных со стимуляцией верхушки правого желудочка и межжелудочковой перегородки (МЖП).

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов электростимуляционного лечения (ЭКС) нарушений атрио-вентрикулярной проводимости (АВ) у 477 больных в период с 1998 по 2010 гг. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – апикальная стимуляция (241 больной) и 2 группа – стимуляция МЖП (236 больных). У всех пациентов оценивались данные ЭКГ, суточного мониторинга ЭКГ по Холтеру, ЭХО КГ. Выполняли контроль и программирование имплантируемых устройств, а также оценивался тест с 6-минутной ходьбой, качество жизни, выживаемость исходно, через 1, 6, 12 месяцев, 5,5 лет после операции.

**Результаты.** Из 241 больного 1 группы были выявлены 46 больных, у которых выявлены признаки нарастания хронической сердечной недостаточности (ХСН), а также снижение толерантности к физической нагрузке, усиление одышки. Длительность стимулированного QRS комплекса составил  $182 \pm 56$  мс. В группе 2 таких больных выявлено не было. У 21 больного из 46 выявлено нарастание ХСН на фоне патологии дыхательной, эндокринной систем и гематологических проблем. После соответствующей терапии состояние этих больных улучшилось или стабилизировалось. У оставшихся 25 (4%) больных при ЭхоКГ выявлены признаки диссинхронии на фоне стимуляции верхушки правого

желудочка (ПЖ). У 15 больных выполнен переход от апикальной ЭКС ПЖ к бивентрикулярной стимуляции. Контрольная группа состояла из пациентов, которые ожидали переход к ресинхронизирующей терапии. При оценке динамики параметров после операции к конечной точке (5 год наблюдения) показатели фракции выброса (ФВ), давления в легочной артерии (ЛА) и VT1 были хуже в группе 1 и достоверно отличались от показателей в группе 2. Уровень NT-proBNP в 1 группе значимо начал увеличиваться к 6 месяцу относительно исходного показателя, в то время как во 2 группе – к 4 году наблюдения. 37 пациентов из 1 группы умерли: 16 (6,6%) больных в связи с внезапной сердечной смертью и 21 (8,7%) – по причинам, не связанным с сердечно-сосудистой системой. В группе 2 умерли, соответственно, 4 (1,9%) и 15 (7,2%). Максимальная смертность от прогрессирующей ХСН в 1 группе отмечалась в сроки  $4,5 \pm 2$  года. С учетом выбывших больных и умерших по причине, не связанной с прогрессированием ХСН, получена достоверная разница в выживаемости между 1 и 2 группой к концу наблюдения.

**Выводы.** 1) Нарушения электрофизиологических процессов влияет на непосредственные и отдаленные гемодинамические показатели работы сердца, что в конечном итоге отражается на клиническом статусе пациента и продолжительности жизни.

2) Использование стимуляции МЖП является приоритетным направлением лечения атриовентрикулярных нарушений проводимости у больных с ХСН и требует дальнейшего более детального изучения.

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И КОНТРОЛЬ ТЕЧЕНИЯ НАД АЛЛЕРГОЗАМИ (БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ) В СОЧЕТАНИИ С ГИПОЛАКТАЗИЕЙ

С.С. Марова

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова» МЗ РФ

**Цель исследования.** Оценить влияние гиполактазии (ГЛ) на течение бронхиальной астмы (БА) и атопического дерматита (АД), а также качество жизни людей, не страдающих аллергопатологией, с целью разработки рекомендаций по патогенетической терапии этих пациентов.

**Материалы и методы.** Было обследовано 76 пациентов, среди которых 38 больных БА, преимущественно средне-тяжелой степени тяжести. 10 больных составили группу пациентов, страдающих АД. В контрольную группу практически здоровых лиц вошло 28 человек. Помимо общепринятых клинических, лабораторных и инструментальных обследований всем пациентам определяли: выдыхаемый водород натощак и после нагрузки 50 г лактозы (дыхательный водородный тест), уровень глюкозы натощак и после нагрузки 50 г лактозы (лактозотолерантный тест); содержание сывороточных IgE общего и специфического к молоку коровы; содержание иммуноглобулинов основных классов: Ig A, M, G; наличие антител к антигенам лямблий в сыворотке крови; посев кала на дисбактериоз, я/г и цисты лямблий, копрограмму; оценка качества жизни по опроснику SF-36; пациентам с БА проводилось исследование функции внешнего дыхания (ФВД) и оценка состояния по тесту контроля над астмой (Asthma Control Test-АСТ). Пациенты с АД оценивались по международной системе SCORAD (Severity scoring of atopic dermatitis).

**Результаты.** Среди обследованных выявлено 32 пациента с ГЛ – 42,1%. Из них 17 составили пациенты из группы с бронхиальной астмой (БА+ГЛ) – 44,7%; 5 человек из группы с АД – 50%; 10 человек из группы контроля – 36%. При анализе функционального состояния ЖКТ выявлено, что в подгруппе БА+ГЛ у 14 (82,35%) больных имелся метеоризм, у 9 (52,9%) больных нарушения стула, в то время как в подгруппе больных БА-ГЛ эти симптомы отсутствовали. В подгруппе БА+ГЛ средние показатели контроля астмы по АСТ-тесту были достоверно ниже, чем у пациентов с БА без ГЛ ( $12,1 \pm 0,3$  и  $15,0 \pm 0,6$ ,  $p < 0,05$  соответственно), преимущественно за счет большей частоты ночных симптомов и более низкой са-

моценки контроля над астмой. При исследовании ФВД оказалось, что в подгруппе БА+ГЛ исходно были более низкие показатели ОФВ<sub>1</sub> и МОС<sub>50</sub>, а их прирост достоверно выше, чем в подгруппе сравнения, ( $p < 0,05$ ). В подгруппе АД+ГЛ исходный показатель SCORAD был выше по сравнению с подгруппой АД-ГЛ. Больные из подгруппы АД+ГЛ значительно чаще связывали обострение заболевания с алиментарным фактором. Больные из подгруппы АД-ГЛ чаще связывали обострение заболевания со стрессом. Статистически значимого различия между группами и в отдельных подгруппах при анализе IgE общего, специфического к молоку коровы, как и иммуноглобулинов основных классов Ig A, M и G, выявлено не было. Частота встречаемости дисбиоза в сочетании с ГЛ оказалась значительно выше, независимо от основной патологии: у 14 пациентов из группы с БА (36,8%), в то время как дисбактериоз диагностирован у 18 больных (47,3%); у 4 пациентов с АД (40%); у 6 человек из группы контроля (21,4%), изолированный дисбактериоз не выявлен ни у одного из пациентов группы контроля. При анализе микрофлоры кишечника у таких пациентов снижение числа лактобактерий определяется достоверно чаще, чем в среднем по популяции ( $p < 0,05$ ). По данным, полученным с помощью опросника SF-36, при оценке физического и психологического компонентов здоровья наблюдается значимое снижение преимущественно последнего у пациентов с диагностированной ГЛ независимо от сочетания с дисбиозом в основном за счет снижения показателей социального и эмоционального функционирования, а также общего и психологического состояний здоровья. Лямблиоз установлен у 4 пациентов с БА (10,5%), сочетания с ГЛ при этом не обнаружилось.

**Выводы.** ГЛ утяжеляет течение аллергозов за счет большей выраженности симптомов заболеваний, ухудшением контроля над патологиями, снижением качества жизни. ГЛ стимулирует развитие дисбактериоза с утяжелением его степени и неблагоприятной динамикой клинических проявлений основной патологии.

## АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА В ЛИЗАТАХ ЛИМФОЦИТОВ БОЛЬНЫХ РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

*В.Ф. Мартемьянов, М.Ю. Стажаров, Е.Э. Мозговая, С.А. Бедина,  
И.А. Зборовская, О.Ю. Галаева  
ФГБУ «Научно-исследовательский институт клинической  
и экспериментальной ревматологии» РАМН, Волгоград*

Проблема диагностики ревматоидного артрита (РА) на ранних стадиях болезни (до 1-2 лет) является весьма актуальной, так как своевременная диагностика позволяет использовать оптимальную терапию, и/или прервать развитие патологического процесса, или значительно замедлить его прогрессирование. В целях ранней диагностики РА хорошо зарекомендовали себя методы магнитно-резонансной и компьютерной томографии, но они достаточно сложные и дорогостоящие и пока еще не нашли широкого применения в клинической практике. В то же время иммуно-биохимический статус крови больных ранним ревматоидным артритом (РРА) изучен недостаточно и не исключено, что некоторые биохимические изменения крови могут предшествовать рентгенологическим изменениям в суставах.

**Цель исследования.** Изучить активность аденозин-дезаминазы (АДА), АМФ-дезаминазы (АМФДА), адениндезаминазы (АД) и 5'-нуклеотидазы (5'-НТ) в лизатах лимфоцитов больных РРА.

**Материал и методы исследований.** Под наблюдением находились 55 больных РРА, из которых 40 (72,7%) женщин и 15 (27,3%) мужчин. Средний возраст больных  $48,1 \pm 0,4$  лет, средняя продолжительность заболевания  $5,4 \pm 0,4$  (1-11) месяцев. Диагноз РА ставили на основании наличия не менее 4 диагностических критериев Американской коллегии ревматологов 1987 года и подтверждали через 1-1,5 года наблюдения за больными. Первая степень активности процесса отмечалась у 12 (21,8%), II степень – у 25 (45,5%) и III степень – у 18 (32,7%) больных. Преобладала суставная форма – у 49 (89,1%) больных. Первая стадия поражения суставов определялась у 36 (65,5%), II стадия – у 19 (34,5%) больных. Выделение лимфоцитов из венозной крови проводили по методу Boyum (1980) с использованием лимфосепа. Определение активности АДА, АМФДА, АД и 5'-НТ в лизатах лимфо-

цитов проводили по оригинальным методикам и выражали в нмоль/мин./мл, исходя из содержания в 1 мл 107 лимфоцитов до лизиса. Статистический анализ проводили с использованием программы СТАТИСТИКА 6.0. Контрольную группу составили 30 практически здоровых людей.

**Результаты.** У больных РРА (всей группы) по сравнению со здоровыми в лизатах лимфоцитов повышена активность АДА, АМФДА, 5'-НТ (все  $p < 0,001$ ) и снижено АД ( $p < 0,001$ ). У больных с серопозитивным вариантом по сравнению с серонегативным повышена активность АМФДА и 5'-НТ (все  $p < 0,001$ ), несколько выше АД ( $p = 0,064$ ) и ниже АДА ( $p = 0,078$ ). У больных с суставной формой по сравнению с формой с системными поражениями выше активность АДА и 5'-НТ (все  $p < 0,001$ ), незначительно повышена активность АМФДА ( $p = 0,056$ ) и АД ( $p > 0,001$ ).

У больных с I стадией по сравнению с больными с II стадией ниже активность АМФДА, 5'-НТ (все  $p < 0,001$ ) и АД ( $p = 0,035$ ). По сравнению со здоровыми у больных с РА I степени выше активность АДА и 5'-НТ и ниже активность АД (все  $p < 0,001$ ), у больных с РА II степени выше активность АДА, АМФДА, 5'-НТ и ниже активность АД (все  $p < 0,001$ ), у больных с РА III степени выше активность АМФДА, 5'-НТ (все  $p < 0,001$ ) и АД ( $p = 0,004$ ). Между всеми степенями активности РА выявлены существенные энзимные различия, способствующие их дифференциации.

**Заключение.** Уже на ранних стадиях РА в лимфоцитах крови имеются выраженные изменения активности ферментов пуринового метаболизма, нарушения которого могут инициировать иммунные расстройства, лежащие в основе патогенеза заболевания. Изученные энзимные показатели оказались весьма чувствительными в отражении клинических особенностей РА, их изменения, возможно, предшествуют изменениям в суставах, выявляемых рентгенологически.

## ВЛИЯНИЕ АНТИТЕЛ К ИНФЛИКСИМАБУ НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ИНФУЗИОННЫХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

<sup>1</sup>Л.В. Мартынова, <sup>1</sup>А.М. Лула, <sup>2</sup>С.В. Лапин, <sup>1</sup>С.Ю. Уваров, <sup>1</sup>В.В. Рипачев  
<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург  
<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова» МЗ РФ

**Цель исследования.** Изучить частоту формирования антител к инфликсимабу и их влияние на развитие инфузионных реакций у больных ревматоидным артритом.

**Материалы и методы.** Обследовано 43 больных активным ревматоидным артритом (DAS28 > 3,2), получающих инфликсимаб 3 мг/кг.

Всем пациентам проводилась терапия базисными противовоспалительными препаратами (метотрексат 10-20 мг/нед., лефлуномид 10-20 мг/сут).

Период наблюдения – 24 месяца. Определение антител к инфликсимабу проводилось количествен-

но и качественно методом ИФА.

**Результаты.** Антитела к инфликсимабу выявлены у 15 (34,9%) больных. Развитие инфузионных реакций различной степени тяжести наблюдалось у 6 (11,6%) больных. Среди них антитела к инфликсимабу были выявлены у 4 (66,7%) больных.

**Выводы.** Частота формирования антител к инфликсимабу у больных ревматоидным артритом составила в среднем 34,9%. Образование антител к препарату ассоциируется с более частым развитием инфузионных реакций.

## РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ОСТЕОАРТРОЗОМ

А.С. Медоева, И.Н. Тотров, З.В. Хетагурова, В.И. Обыденков  
 ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Владикавказ

**Цель исследования.** Провести сравнительную оценку особенностей костного ремоделирования у больных, страдающих РА и ОА.

**Материал и методы.** Обследованы 60 больных РА (1 группа, возраст 52,85±1,38) и 60 больных с первичным локализованным ОА (2 группа, возраст 60,42±1,31). Все обследованные женщины репродуктивного возраста или в менопаузе. В 1-й группе преобладали больные РА суставной формы, серопозитивным, с медленно прогрессирующим течением, средней и высокой степеней активности, II и III стадий. Во 2-ю группу вошли женщины с ОА со II и III рентгенологической стадией, II и III степенью функциональной недостаточности. В качестве контрольной группы (КГ) обследованы

30 практически здоровых лиц, идентичных по полу и возрасту. МПКТ у всех обследованных изучена с помощью двухэнергетической абсорбциометрии на аппарате Ge Lunar (США). Оценивался Т-критерий в поясничном отделе позвоночника (L1—L4), проксимальном отделе бедренной кости, показатель ВМД в поясничном отделе позвоночника и в области Варда. Снижение МПКТ оценивали по критериям ВОЗ. Изучена концентрация остеопротегерина (ОПГ) в сыворотке крови, маркеров формирования кости остеокальцина (ОКЦ), резорбции – С-концевые телопептиды (СТх) в сыворотке крови изучили методом ИФА. Проведена статистическая обработка результатов исследования с использованием коэффициента корреляции Пирсона (r).



**Результаты.** Выявлено достоверное снижение значений Т-критерия по сравнению с данными КГ в поясничном отделе позвоночника и в проксимальном отделе бедренных костей в обеих обследуемых областях как у больных РА (-1,45±0,21 (p<0,01) в L1-L4; -1,51±0,17 (p<0,01)), так и при ОА (-1,27±0,19 (p<0,01) в L1-L4; -1,47±0,16 (p<0,01)), что указывает на влияние основного заболевания на состояние кости.

Значения BMD также были достоверно ниже в группе больных РА (в L1-L4 1,0±0,02 (p<0,001); в области Варда 0,74±0,02 (p<0,02)) по сравнению с КГ и у больных ОА (1,02±0,02 (p<0,01) в L1-L4; 0,73±0,02 (p<0,01) в области Варда).

Уровень ОПГ в сыворотке крови оказался повышенным по сравнению с КГ (30,0 пг/мл) как у больных РА (99,01±3,54 пг/мл; p<0,001), так и у больных ОА (43,05±4,42 пг/мл; p<0,01). Наиболее значимые изменения содержания ОПГ в сыворотке крови обнаружены при II и III стадиях РА (92,86±6,83 пг/мл; p<0,001; 119,98±9,30 пг/мл; p<0,001 соответственно). У больных ОА концентрация ОПГ составила 42,06±4,8 пг/мл (p<0,02) при II стадии и 54,89±12,04 (p<0,05) при III стадии заболевания.

Содержание ОКЦ в сыворотке крови у женщин, страдающих РА и ОА, было увеличено (16,5±3,5 нг/мл;

p<0,01; 11,49±2,13 нг/мл; p<0,05 соответственно) в сравнении с КГ (6,62±0,98 нг/мл).

Концентрация СТх в сыворотке крови достоверно повышена как у больных РА (0,37±0,05 нг/мл; p<0,001), так и при ОА (0,33±0,02 нг/мл; p<0,001) по сравнению с КГ (0,11±0,03 нг/мл).

Корреляционный анализ показал зависимость между ОКЦ и BMD. У больных ОА обнаружена прямая корреляционная связь (r=0,33) в L1-L4 и в зоне Варда (r=0,45). У больных РА обнаружена отрицательная корреляционная связь между ОКЦ и BMD в L1-L4 (r=-0,66) и в зоне Варда (r=-0,99). Обратная корреляционная связь обнаружена между СТх и BMD в L1-L4 (r=-0,44) и в зоне Варда (r=-0,60) у больных РА.

**Выводы.** У женщин, страдающих РА и ОА, обнаружено снижение МПКТ, обусловленное дисбалансом процессов резорбции и формирования кости с преобладанием резорбции над костеобразованием, причем у больных РА изменение изученных биохимических маркеров было более выражено, чем у больных ОА; выявлены нарушения в системе RANKL/RANK/OPG, способствующие развитию остеопенического синдрома у больных РА и ОА.

## ПРОБЛЕМА КАЛЬЦИФИЦИРУЮЩЕЙ УРЕМИЧЕСКОЙ АРТЕРИОЛОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

*А.А. Мелентьева, О.Ю. Барышева, А.В. Зуев, Д.Г. Демьяненко, О.В. Захарова, М.В. Бутенко, Я.Э. Хмелевская, А.С. Хенкина, Л.М. Хейфец, В.А. Стратегопуло*

*ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»  
ГБУЗ РК «Республиканская больница имени В.А.Баранова» МЗ РФ, Петрозаводск*

Ежегодная смертность пациентов на диализе составляет 20-23%. Среди причин смерти 45-70% приходится на сердечно-сосудистую патологию. У пациентов, находящихся на программном гемодиализе, риск сердечно-сосудистой смерти в 10-20 раз выше, чем в общей популяции. Один из патогенетических механизмов развития или усугубления уже имеющейся сердечно-сосудистой патологии у пациентов на диализе является кальцифицирующая уремиическая артериолопатия. С современных позиций развитие внекостной кальцификации сосудов и мягких тканей обусловлено не пассивно протекающим процессом под влиянием высокого фосфорно-кальциевого продукта, как представлялось ранее, а активно регулируемые структурными изменениями, происходящими в сосудистой стенке вследствие дисбаланса между промоторами

и ингибиторами кальцификации и включающими в себя апоптоз гладкомышечных клеток сосудов, остеогенную трансформацию с экспрессией на поверхности гладкомышечных клеток сосудов генов костных белков.

Хотя роль паратиреоидного гормона в метаболизме костной ткани является выдающейся, было показано, что развитие внекостной кальцификации возможно и в отсутствие структурных изменений паращитовидных желез.

Существуют два типа сосудистой кальцификации: атеросклеротический, характеризующийся наличием атеросклеротических бляшек с последующим остеогенезом и окклюзионными поражениями, локализующийся в интимае, и медиальный (также известный как склероз Монкеберга), протекающий с поражением меди сосудов и аморф-

ными минеральными отложениями. Эти изменения могут происходить независимо друг от друга или сосуществовать у пациентов с хронической болезнью почек, прогрессируя по мере длительности основного заболевания. Кальцификация коронарных артерий, клапанов сердца, миокарда ассоциирована с развитием острого коронарного синдрома, застойной сердечной недостаточности, нарушениями ритма сердца различных градаций, риском внезапной сердечной смерти, в том числе и на диализе.

Серьезной проблемой у больных с хронической болезнью почек, особенно длительно получающих диализную терапию, является тяжелое ишемическое поражение кожи с формированием некрозов (на фоне кальцификации меди и кожных и подкожных артериол), присоединением вторичной инфекции и летальностью до 80%. Синдром известен с 1962 года под названием «кальцификаксис». В последующем при описании данного синдрома закрепилось название «кальцифицирующая уремиическая артериолопатия».

Развитию некрозов кожи с формированием язв предшествует появление на коже синюшно-фиолетовых пятен, эритематозных подкожных узелков, резко болезненных при пальпации. Поражение кожи может сопровождаться мучительным кожным зудом. Как правило, поражены нижние конечности. Описывают симметричные изменения кожи бедер и голени по типу «целующихся» язвенно-некротических поражений. Болевой синдром настолько выражен, что нередко требует назначения наркотических анальгетиков. Открытые кожные раны являются хорошими входными воротами для инфекционных осложнений.

Известными факторами риска кальцификаксиса являются: женский пол, ожирение, сахарный диабет, недостаточность питания и гипоальбуминемия, гипотония, высокий уровень сывороточного кальция и фосфатов, дефицит протеинов С и S, гиперкоагуляция, локальные травмы, а также прием варфарина. Последний является ингибитором активации матриксного витамин К-зависимого ингибитора кальцификации (GLA-протеина).

«Золотым стандартом» для выявления кальциноза коронарных артерий является электронно-лучевая компьютерная томография и мультисрезовая компьютерная томография. Альтернативой может служить рентгенография (передне-боковой обзорный снимок брюшной полости и таза) для диагностики кальциноза сосудов и эхокардиоскопия для выявления кальциноза клапанов и сердца.

Выполнение биопсии с целью верификации диагноза кальцификаксиса в настоящее время обсуждается, само по себе инструментальное вмешательство сопряжено с риском инфицирования и распространением некрозов.

Терапевтические возможности ограничены и направлены на предупреждение прогрессирования сосудистой кальцификации. Они включают в себя ограничение до минимума потребления элементарного кальция, использование диализных концентратов с уровнем кальция 1,25-1,5 ммоль/л. С учетом воздействия на иницирующий фактор – гиперфосфатемия – препаратами первой линии должны быть не содержащие кальций фосфатбиндеры (севеламера карбонат, севеламера хлорид, лантана карбонат). При наличии лабораторных признаков высокообменного заболевания кости показано назначение цинакальцета и селективных активаторов VDR-рецепторов (парикальцитола). Альтернативой хирургической коррекции вторичного гиперпаратиреоза может служить назначение цинакальцета. Местное лечение включает в себя некрэктомию и санацию раневой поверхности. Учитывая факторы риска, рекомендуется избегать подкожных инъекций в местах повреждения и отменить варфарин с переводом пациентов при необходимости на другие антикоагулянты.

В нашей практике имел место случай адинамической болезни кости с классическими факторами риска кальцификаксиса с непрерывно прогрессирующим течением заболевания, появлением внекостной кальцификации с преимущественным поражением сосудов кожи и подкожной клетчатки, а также ткани молочной железы. Трудности терапевтической коррекции патологии у данной пациентки заключались в комбинации адинамической болезни кости, сепсиса как осложнения кальцифицирующей уремиической артериолопатии и декомпенсированного стеноза выходного отдела желудка. Тяжелая сочетанная патология привела к смерти пациентки.

Во втором клиническом случае развитию сосудистой кальцификации предшествовала длительная гиперфосфатемия с развитием вторичного гиперпаратиреоза и его рецидива после первичной паратиреоидэктомии. Клинические проявления кальциноза сосудов дебютировали с развития острого коронарного синдрома, в последующем развились кожные язвенно-некротические проявления. Выполнение повторной паратиреоидэктомии, снижение уровня кальция и фосфора сыворотки привело к заживлению раневых поверхностей, регрессу клиники ИБС.

## ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ СУЛЬФАТОМ МАГНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

М.Г. Мельник, Л.А. Мерзликин

ФГБОУ ВПО «Кубанский государственный университет», Краснодар

**Цель исследования.** Изучить влияние комбинированной небулайзерной терапии сульфатом магния с Атровентом/Беротеком/Беродуалом у больных ХОБЛ (решение о выдаче патента РФ от 29.03.2012 по заявке № 2011113517/15(020033) на лёгочную гипертензию (ЛГ) для оптимизации её лечения).

**Материалы и методы.** Мы наблюдали 45 больных (мужчин 37, 82,2%) в возрасте  $81,5 \pm 0,9$  лет с ХОБЛ, проходивших лечение в январе-июле 2011 г. Все больные имели ЛГ, подтверждённую клинически и трансторакальной эхокардиографией: в 6 (13,3%) случаях – мягкую, 13 (28,9%) – умеренную, 26 (57,8%) – тяжёлую. 4 (8,9%) больных имели ЛГ I функционального класса (ФК) ЛГ, 14 (31,1%) – ЛГ II ФК, 21 (46,7%) – ЛГ III ФК, 6 (13,3%) – ЛГ IV ФК. Для воздействия на бронхиальную обструкцию в течение 12 недель пациенты случайным образом были распределены на две группы. 1-я группа (основная;  $n=25$ ): больные получали комбинированную небулайзерную терапию сульфатом магния 25% – 3,0 мл и один из препаратов: Атровент 0,025% – 0,25 мл или Беротек 0,1% – 0,25 мл, или Беродуал 0,25 мл в течение 5 минут 3 раза в сутки. 2-я группа (контрольная,  $n=20$ ): больные получали небулайзерную моноте-

рапию с Атровентом 0,025% – 0,5 мл или Беротеком 0,1% – 1,0 мл, или Беродуалом 0,5 мл на растворе NaCl 0,9% – 3,0 мл в течение 6-8 минут 4 раза в сутки. Выбор конкретного препарата (Атровента, Беротека, Беродуала) в основной и контрольной группах осуществляли с учётом ответа больного на лечение. Клиническую картину оценивали регулярно в ходе исследования, уровень систолического давления в лёгочной артерии (СДЛА) – исходно и по завершении наблюдения.

**Результаты и обсуждение.** Через 12 недель наблюдения выраженную одышку, акроцианоз, отёки отмечали достоверно реже ( $p < 0,05$ ) в основной группе по сравнению с контрольной: 6 (24%) и 11 (55%) больных соответственно. В основной группе (22 больных, 88%) достоверно чаще ( $p < 0,05$ ), чем в контрольной (12 больных, 60%), фиксировали повышение ФК ЛГ на 1 ступень и увеличение показателей теста с 6-минутной ходьбой на 10%. Кроме того, в основной группе уровень СДЛА уменьшился на 14,4%, в то время как в контрольной он оставался без динамики ( $p < 0,05$ ). Таким образом, комбинированная небулайзерная терапия сульфатом магния у больных ХОБЛ достоверно уменьшает ЛГ.

## ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕХАНИЗМ МАРКЕТИНГА И ИНВЕСТИЦИИ В БУДУЩЕЕ

С.А. Мельникова, О.О. Аржанухина, В.Е. Демидов

ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург

Медицина – это не только знакомые всем нам с детства люди в белых халатах, но и крупное направление в бизнесе. Как и в любом бизнесе, здесь необходим постоянный приток клиентов, а качество предоставляемых услуг в медицине важно как ни в какой другой области.

Сейчас, в посткризисное время, мы уже привыкли жить с тем, что покупатели тратят не так много, как раньше, и для того, чтобы их привлечь, нужно проявить немало изобретательности. Помочь в этом могут телекоммуникационные технологии, адаптированные с учетом бизнес-процессов ком-

пании, – к ним относится и создание собственного call-центра. Call-центр не только повышает репутацию компании в глазах клиентов, но и позитивно отражается на количестве заказов (в нашем случае – обращений в клинику).

Call-центры стали неотъемлемой частью современного общества. Телекоммуникационные, компьютерные и социальные технологии объединились в них, создавая синергетический (от греч. *synergeta* – коллективное (совместное) действие), или системный эффект.

По самому простому определению, call-центр – это место, куда поступают или откуда совершаются большие объемы телефонных звонков. Современные же организации, выполняющие задачи call-центров, уже не вписываются в это определение. Теперь call-центр может работать не только с телефонными звонками, но и с электронной почтой, web-страницами и видеоизображениями.

Call-центры в первую очередь нужны там, где обычные средства связи не справляются (либо плохо справляются) с наплывом потенциальных заказчиков. А обслуживание вызовов является «лицом компании», поскольку по качеству этой работы заказчик может делать выводы о том, насколько корректно компания будет обслуживать его запросы в рамках дальнейшей совместной работы.

Работа с call-центром предоставляет, кроме всего перечисленного, еще и возможность собрать огромный массив информации о существующих и потенциальных клиентах: получить социально-демографический «портрет» тех, кто интересуется услугами, узнать, какие услуги конкурентов они покупают, где они узнали о клинике и др. Важно, что технологии call-центра позволяют количественно – в процентах, клиентах, объемах продаж – отслеживать результаты различных экспериментов. Получив в этой «лаборатории маркетинга» точные данные о реакции рынка на свои предложения, можно обоснованно планировать долгосрочную масштабную рекламную кампанию или промоушн-акцию.

Предпосылками создания call-центра в клинике послужили следующие факторы:

- наличие, как минимум, трёх разрозненных справочных служб (стационар, поликлиника, приёмное отделение)
- тенденция отделений открывать собственные справочные службы, что являлось крайне недееспособным и приводило к организационным проблемам
- увеличение объёма услуг
- существование небольшой справочной службы стационара (3 диспетчера)
- введение в приемном отделении новой структуры координаторов
- администрирование диагностических служб в связи с увеличением потока обращавшихся пациентов
- существование отдельно справочной регистратуры поликлиники.

Постепенно, по мере возрастания вызовов на все телефонные линии, возникла необходимость структуризации однотипных вызовов. А также соединения разрозненного потока всех входящих вызовов стационара и поликлиники.

Таким образом, сложились три основных условия существования Центра обслуживания вызовов КБ №122 (call-центра):

- наличие достаточного числа более или менее однотипных вызовов (400-500 звонков в день);
- возможность равномерного распределения вызовов среди операторов;
- возможность и необходимость многокритериальной маршрутизации вызовов к различным операторским группам или операторам (в нашем случае это администраторы диагностических служб).

Развитие Интернета заставило многие компании перестраивать свой бизнес вообще и способы взаимодействия с клиентами в частности. Возникла потребность в обслуживании запросов от клиентов, поступающих не только по традиционному пути – по телефону, но и по новому – через сеть Интернет. Это следующие формы:

1. Электронная почта (e-mail).
2. Текстовый чат (как в режиме онлайн, так и в режиме оффлайн).
3. Речевая форма (звонок с сайта).

С середины февраля 2012 г. на сайте КБ №122 был введен новый сервис для пациентов – «Онлайн-консультант» («Живой сайт» – общение с пациентом напрямую с сайта в режиме вопрос-ответ). Внешне чат сайта похож на окошки обмена сообщениями в Facebook и Вконтакте, поэтому он был знаком и привычен многим посетителям сайта КБ №122. Окно чата всегда остается поверх сайта, поэтому посетитель может общаться с диспетчером и одновременно просматривать сайт.

Чат с сайта – это не просто возможность отвечать пациентам в режиме онлайн, это бизнес-процесс, который был правильно налажен и помог нам увеличить количество входящих вызовов практически на 1500-2000 в месяц, конверсия составила 80%. Введение еще одного сервиса на сайте КБ №122 – звонок с сайта – также позволило увеличить конверсию: посетителя – в покупателя наших услуг.

Еще одним очень важным шагом в развитии call-центра было создание в его структуре подразделения по работе со страховыми компаниями. В целях совершенствования взаимодействия клиники со страховыми организациями, поддержания эффективной обратной связи, повышения качества и оперативности обслуживания была реорганизована существующая служба в регистратуре поликлиники, и эти функции переданы в подразделение по приему заявок от страховых компаний, созданное в структуре информационно-справочного отдела.

Создание такого подразделения позволило значительно расширить возможности работы со страховыми компаниями в рамках Добровольно-



го медицинского страхования (увеличить запись, снизить количество жалоб и др.). Несмотря на то, что подразделение работает только с июля 2012, на конец года было записано 23 811 человек, что на 20,5%, больше по сравнению с тем же периодом 2011 года.

Таким образом, call-центр перестал быть традиционным, классическим центром обслуживания вызовов – с полной уверенностью мы можем назвать его мультимедийным операторским центром.

Мультимедийный call-центр поддерживает маршрутизацию по навыкам агентов – это говорит о том, что мы ищем экономически эффективный и оперативный способ взаимодействия со своими клиентами, увеличиваем продуктивность работы сотрудников и повышения имиджа клиники в глазах пациентов. Маршрутизация по навыкам агентов обеспечивает распределение обращений любого типа (телефонный звонок, электронная почта или интернет-чат), соотнося запрос клиента и возможности агента и направляя сообщение нужному сотруднику.

Синергетический эффект в данном случае проявился в результате комбинирования взаимодей-

полняющих ресурсов: финансовых, материальных, информационных, человеческих.

В качестве примера можно привести следующее – сколько бы мы ни изучали свойства водорода или кислорода в отдельности, никогда свойства воды мы в них не обнаружим. И только тогда, когда водород и кислород войдут друг с другом во взаимодействие, у их химического соединения появится новое свойство – свойство воды. В случае создания call-центра в нашей клинике мы получили мощный инновационный рычаг. Чем больше будет этот рычаг, тем больше будет синергетический эффект. Возможности call-центра далеко не исчерпаны, развитие продолжается. Мы продумываем организацию такого важнейшего направления в работе call-центра, как телемаркетинг, означающий телефонные продажи, мотивацию клиентов на заключение контрактов или потребление услуг компании.

Создавая call-центр, мы инвестировали в будущее, поскольку количество входящих звонков – это показатель действенности рекламной кампании. А качество их обслуживания – главный критерий, который во многом предопределяет – останутся ли новые клиенты с нами надолго.

## ХАРАКТЕРИСТИКА Т-СИСТЕМЫ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Ю.А. Митин, Е.Ю. Вобликова, А.Н. Малков

ФГКВУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

Проведено изучение Т-системы иммунитета у 145 больных хроническим гепатитом С (ХГС) на различных стадиях заболевания. Обследованные лица находились в возрасте от 18 до 59 лет, средний возраст обследованных лиц составил 32,4±0,52 года. Обследуемые лица, в соответствии с возрастными категориями по классификации Чеботарева Д.Ф и Маньковского Н.Б. (1990), были разделены на 3 группы: 1 группа – 69 лиц молодого возраста (18-29 лет), 2 группа – 45 лиц среднего возраста (30-44 лет) и 3 группа – 31 лицо в возрасте 45-59 лет. Средний возраст обследуемых лиц в группах составил: 1 группа – 20,3±0,2 года, 2 группа – 37,3±0,7 лет, 3 группа – 51,6 ±1,3 года.

Относительное содержание лимфоцитов, экспрессирующих CD3-рецептор, других субпопуляций – Т-лимфоцитов (CD3<sup>+</sup>CD4<sup>+</sup>), (CD3<sup>+</sup>CD8<sup>+</sup>), а также соотношения этих субпопуляций Т-лимфоцитов (CD3<sup>+</sup>CD4<sup>+</sup>/CD3<sup>+</sup>CD8<sup>+</sup>) у большинства больных ХГС различных возрастных групп находилось в преде-

лах нормы, при этом не было выявлено достоверных различий между больными ХГС различных возрастных групп. Относительное содержание Т-хелперов (CD3<sup>+</sup>CD4<sup>+</sup>), а также цитотоксических Т-лимфоцитов (CD3<sup>+</sup>CD8<sup>+</sup>) у 81% больных не отклонялось от нормы. В то же время у 16% больных отмечалось пониженное содержание CD3<sup>+</sup>CD8<sup>+</sup>, а у 3% – повышенное. Соотношение Т-хелперов и цитотоксических Т-лимфоцитов (CD3<sup>+</sup>CD4<sup>+</sup>/CD3<sup>+</sup>CD8<sup>+</sup>) у больных ХГС различных возрастных групп достоверных различий не имело. Определялось содержание субпопуляции Т-киллеров (CD3<sup>+</sup>CD56<sup>+</sup>), позитивных по CD56 молекуле, экспрессирующей, в основном, на естественных киллерах. Эта субпопуляция Т-клеток обладает не только киллерной способностью, но ещё является продуцентом ФНО-α и ИФН-γ. Проведённые исследования показали, что относительное содержание CD3<sup>+</sup>CD56<sup>+</sup> у больных ХГС различных возрастных групп достоверно различалось. Минимальное содержание Т-лимфоцитов

киллеров (CD3<sup>+</sup>CD56<sup>+</sup>) отмечалось у больных ХГС молодого возраста (18-29 лет). Достоверно более высоким содержание Т-лимфоцитов-киллеров (CD3<sup>+</sup>CD56<sup>+</sup>) оказалось у больных ХГС 2 возрастной группы (30-44 года). Ещё более высоким оно было у больных ХГС 3 группы обследуемых лиц (45-59 лет), достоверно отличаясь от аналогичного показателя

лиц молодого возраста.

Таким образом, изучение Т-клеточного иммунитета у больных ХГС различных возрастных групп позволяет констатировать, что основным различием между этими категориями больных является характеристика содержания Т-лимфоцитов-киллеров (CD3<sup>+</sup>CD56<sup>+</sup>).

## ПРОЦЕССЫ АКТИВАЦИИ Т-ЛИМФОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

*Ю.А. Митин, Е.Ю. Вобликова, В.Ю. Никитин, И.А. Сухина*

*ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург*

С целью изучения процессов активации Т-лимфоцитов было обследовано 145 больных хроническим гепатитом С (ХГС) на различных стадиях заболевания. Обследованные лица находились в возрасте от 18 до 59 лет, средний возраст обследованных лиц составил 32,4±0,52 года. Обследуемые лица, в соответствии с возрастными категориями по классификации Чеботарева Д.Ф и Маньковско-го Н.Б. (1990), были разделены на 3 группы: 1 группа – 69 лиц молодого возраста (18-29 лет), 2 группа – 45 лиц среднего возраста (30-44 лет) и 3 группа – 31 лицо в возрасте 45-59 лет. Средний возраст обследуемых лиц в группах составил: 1 группа – 20,3±0,2 года, 2 группа – 37,3±0,7 лет, 3 группа – 51,6 ±1,3 года.

Для определения Т-клеток, находящихся в стадии активации, использовали выявление активационных маркеров CD25 («ранний» маркер активации Т-лимфоцитов) и HLA-DR («поздний» маркер активации Т-лимфоцитов). Относительное содержание популяции Т-лимфоцитов, экспрессирующих активационный рецептор CD25 (CD3<sup>+</sup>CD25<sup>+</sup>), у больных ХГС молодого возраста (18-29 лет) было достоверно снижено. В то же время достоверно более высоким содержание субпопуляции Т-лимфоцитов (CD3<sup>+</sup>CD25<sup>+</sup>) оказалось у больных ХГС 2 возрастной группы (30-44 года) и ещё

более высоким оно было у больных ХГС 3 группы обследуемых лиц (45-59 лет), достоверно отличаясь от аналогичного показателя у лиц молодого возраста. Таким образом, лишь для больных 2 и 3 возрастных групп была характерна тенденция возрастания числа Т-лимфоцитов, находящихся на заключительных этапах активации. Сравнимые группы достоверно различались по содержанию субпопуляций лимфоцитов, несущих HLA-DR что, вероятно, может быть обусловлено не столько процессами активации Т-клеток, сколько увеличением доли В-лимфоцитов, дифференцирующихся в дальнейшем в плазматические клетки антителопродуценты. Корреляционный анализ, устанавливающий взаимосвязь уровня экспрессии лимфоцитами маркеров активации и содержания основных субпопуляций Т-лимфоцитов, не обнаружил связей высокой силы, что также, хотя и косвенно, может подтверждать отсутствие общей активации Т-клеток.

Таким образом, данные исследований, проведённых у больных ХГС, выявившие снижение содержания Т-лимфоцитов, несущих маркеры активации, могут свидетельствовать о депрессии (либо об истощении) активации Т-клеточного иммунитета у лиц молодого возраста в процессе развития заболевания.

## ОЦЕНКА ВЫЖИВАЕМОСТИ ЖЕНЩИН СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ЧАСТОТЕ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ СОКРАЩЕНИЙ

*Е.М. Мозерова, В.А. Дульский, В.Н. Федоренко*

*ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» МЗ РФ  
Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН  
ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург  
МУЗ «Городская поликлиника №6», Иркутск*

Анализ выживаемости у женщин пожилого и старческого возраста при различной частоте сокращения желудочков в доступной литературе не встретился, что и предопределило наш интерес к данной проблеме.

**Цель исследования.** Изучение показателей выживаемости у женщин пожилого и старческого возраста при различной частоте сокращения желудочков (ЧСЖ) (медиана периода наблюдения составила 10,9 лет).

**Материал и методы.** Материалом работы послужили данные, полученные при проведении ЭКГ-исследования в 12-и общепринятых отведениях в городской поликлинике среди женщин 60 лет и старше. ЧСЖ рассчитывали за 10 лет с регистрации ЭКГ. Мониторинг фатальных событий от всех причин осуществляли на основании выкопировки данных из «Врачебного свидетельства о смерти» (ф. 10 6/у) и акта о смерти из книги «Записей актов гражданского состояния» населения, прописанного на территории района. Статистический анализ данных проводился с помощью системы статистического анализа STATISTICA (StatSoft, USA).

**Полученные результаты и их обсуждение.** Анализ проведен среди 2128 женщин 60 лет и старше (медиана 68 лет, интерквартильный размах от 64 до 72 лет). Первоначально все включенные в исследование женщины были распределены на 7 групп согласно ЧСЖ в покое (1 гр.: менее 55 в 1 мин.; 2 гр.: 55-59 в 1 мин.; 3 гр.: 60-64 в 1 мин.; 4 гр.: 65-69 в 1 мин.; 5 гр.: 70-74 в 1 мин.; 6 гр.: 75-79 в 1 мин.; 7 гр.: 80 и более в 1 мин.). Кривые выживаемости имели статистически значимые различия ( $\chi^2=25,1$ ;  $p=0,0003$ ). Наилучшая выживаемость наблюдалась у женщин с ЧСЖ 50-59 в 1 мин. Наименьшая выживаемость отмечалась при ЧСЖ 80 и более в 1 мин. Остальные кривые выживаемости имели сходное промежуточное расположение. Обращала на себя внимание кривая выживаемости, соответствующая

значениям ЧСЖ менее 55 в 1 мин., которая располагалась далеко от кривой выживаемости, соответствующей ЧСЖ 55-59 в 1 мин. и приближалась к кривой, соответствующей ЧСЖ 75-79 в 1 мин. В связи с этим было проведено сравнение двух кривых выживаемости – для ЧСЖ менее 55 в 1 мин. и для ЧСЖ 75-79 в 1 мин. Значимых различий этих двух кривых выживаемости получено не было ни при одном из способов сравнения (Gehan's Wilcoxon Test  $p=0,70$ ; Cox's F-Test  $p=0,28$ ; Cox-Mantel Test  $p=0,53$ ; Peto & Peto Wilcoxon Test  $p=0,63$ ; Log-Rank Test  $p=0,53$ ). Отсутствие значимых различий позволило объединить группу с ЧСЖ менее 55 в 1 мин. с группой с ЧСЖ 75-79 в 1 мин. С кривой выживаемости для ЧСЖ 80 и более в 1 мин. кривые выживаемости для ЧСЖ менее 55 в 1 мин. и для ЧСЖ 75-79 в 1 мин. не различались ( $p>0,05$ ), в связи с чем были объединены. Кривые выживаемости для ЧСЖ 60-64, 65-69 и 70-74 в 1 мин. также значимо не различались ( $p>0,1$ ), что позволило их объединить.

Таким образом, сравнительному анализу кривых выживаемости по Kaplan-Meier были подвергнуты три группы женщин: 1 гр. – с ЧСЖ 55-59 в 1 мин.; 2 гр. – с ЧСЖ 60-74 в 1 мин.; 3 гр. – с ЧСЖ менее 55 в 1 мин. и 75 и более в 1 мин.

Наибольшая выживаемость наблюдалась в группе женщин с ЧСЖ 55-59 в 1 мин. При ЧСЖ от 60 до 74 кривая выживаемости визуально располагалась ниже, однако различия не достигли статистической значимости (Gehan's Wilcoxon Test  $p=0,31$ ; Cox's F-Test  $p=0,09$ ; Cox-Mantel Test  $p=0,26$ ; Peto & Peto Wilcoxon Test  $p=0,31$ ; Log-Rank Test  $p=0,26$ ). Ниже всех кривых располагалась кривая выживаемости для группы с ЧСЖ менее 55 и 75 и более в 1 мин. Выживаемость при данной ЧСЖ была статистически значимо хуже, чем при ЧСЖ 55-59 в 1 мин. (Gehan's Wilcoxon Test  $p=0,006$ ; Cox's F-Test  $p=0,001$ ; Cox-Mantel Test  $p=0,005$ ; Peto & Peto Wilcoxon Test  $p=0,005$ ; Log-Rank Test  $p=0,004$ ) и при ЧСЖ 60-74 в 1 мин. (Gehan's Wilcoxon Test  $p=0,0002$ ; Cox's F-Test  $p=0,0003$ ; Cox-Mantel Test  $p=0,0003$ ; Peto & Peto Wilcoxon Test  $p=0,0002$ ; Log-Rank Test  $p=0,0003$ ).

**Обсуждение.** Результаты проведенного исследования подтвердили наличие взаимосвязи между частотой сокращения желудочков и выживаемостью. Однако если для общей популяции уровень, после которого увеличивается относительный риск фатального исхода, составляет 80 ударов и выше, то согласно данным настоящего исследования у женщин пожилого и старческого возраста выживаемость снижается при ЧСЖ 75 ударов и выше. Кроме того, у этой категории пациентов зафиксирована низкая выживаемость и при частоте сокращения желудочков ниже 55 в 1 минуту, что позволяет рас-

сматривать данную частоту в качестве фактора неблагоприятного прогноза.

**Выводы:** 1. При частоте сокращения желудочков менее 55 выживаемость также низкая и соответствует показателям при ЧСЖ 75 и более в 1 мин.

2. Наилучшая выживаемость у женщин пожилого и старческого возраста наблюдается при частоте сокращения желудочков 55-59 в 1 мин.

3. Наименьшая выживаемость у женщин пожилого и старческого возраста наблюдается при частоте сокращения желудочков 75 и более в 1 мин.

## ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

*Р.Н. Мустафин, А.Г. Рябоконе*

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ленинградской области» МЗ РФ, Санкт-Петербург*

Изучение первичной инвалидности при болезнях эндокринной системы, включая сахарный диабет, остается актуальным вопросом, что обусловлено возникновением данной патологии, приводящей к тяжелым осложнениям, в трудоспособном молодом возрасте. Несмотря на раннюю диагностику и успешность лечения эндокринных заболеваний, заметного снижения заболеваемости и инвалидности не отмечается. Первичная инвалидность при болезнях эндокринной системы в Ленинградской области в период 2002-2011 гг. хотя и не занимает ведущих мест, из года в год стабильно находится на 6-7 позициях среди основных классов заболеваний. Удельный вес болезней эндокринной системы в структуре всей первичной инвалидности за последние 10 лет возрос с 1,7% в 2002 году до 2,7% и 2,8% к 2009 и 2010 гг., в 2011 г. он составил 2,5%. Уровень первичной инвалидности преимущественно формирует сахарный диабет (85%).

Интенсивный показатель первичной инвалидности при болезнях эндокринной системы в среднем составил 2,48 на 10 тыс. взрослого населения. В 10-летней динамике существенный рост его наблюдался в 2005 и 2006 гг. (3,05 и 3,04 соответственно), в остальные годы значимых колебаний не отмечалось. Интенсивный показатель при сахарном диабете находился на уровне 1,07 в 2002 г. и 1,93 в 2011 г. со средним значением 1,8 на 10 тыс. взрослого населения. При сахарном диабете, как и при болезнях эндокринной системы в целом, значительное повышение (до 2,6) выявлено в 2006 г.

Анализ первичной инвалидности по полу как при болезнях эндокринной системы в целом, так

и при сахарном диабете, показал преобладание женщин, удельный вес которых достигал в различные годы 70%.

В структуре первичной инвалидности по возрастным группам за все годы наблюдения преобладала 3-я возрастная группа (пенсионного возраста), к которой относятся более 50% инвалидов, максимальное значение отмечено в 2005 и 2006 гг. (63,7% и 59,5% соответственно). В 1-й возрастной группе наметилась тенденция к уменьшению числа инвалидов в динамике с 28,4% до 14,5%, а во 2-й возрастной группе – к увеличению с 21,6% до 35,2% к 2011 году. При сахарном диабете эта закономерность сохранялась. Из особенностей первичной инвалидности по группам инвалидности следует отметить преобладание инвалидов третьей группы (77,3%) в 1-й возрастной группе, рост их числа с 66% в 2002 г. до 85,4% в 2011 г., с незначительным уменьшением числа инвалидов второй группы с 32 до 14,6%. Инвалиды первой группы составляли в среднем 1%.

Во 2-й возрастной группе также наблюдалось увеличение в динамике числа инвалидов третьей группы с 36,9% в 2002 г. до 75,9% в 2011 г. при среднем значении 66,5% и существенное уменьшение числа инвалидов второй группы с 60,5% до 24,1% (в среднем 32,2%). Число инвалидов первой группы оставалось практически на таком же уровне (1,3%), как и в 1-й возрастной группе.

В 3-й возрастной группе лидерство осталось за инвалидами третьей группы, число которых возросло с 29,6% в 2002 г. до 63,3% к 2011 г., при одновременном уменьшении числа инвалидов второй группы также в два раза и высоким процентом ин-



валидов первой группы (4,5%) в сравнении с другими возрастными группами.

Аналогичная закономерность прослеживалась и в структуре групп инвалидности при сахарном диабете. Лидирующие позиции оставались за инвалидами третьей группы.

В целом можно констатировать увеличение удельного веса болезней эндокринной системы в

структуре первичной инвалидности за последние 10 лет, развитие инвалидности преимущественно среди женщин и лиц пенсионного возраста. Существенным фактом являлся рост числа впервые признанных инвалидов третьей группы во всех возрастных группах в 10-летней динамике, однако процентное содержание их снижалось от трудоспособного возраста к пенсионному.

## ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ЛИПИДСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

О.А. Нагибович, Е.А. Кан

ФГКВ ОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Изучить функцию почек у пациентов с метаболическим синдромом, а также оценить влияние медикаментозной липидснижающей терапии на скорость клубочковой фильтрации (СКФ) в динамике.

**Материалы и методы.** В исследование включили 24 пациента с метаболическим синдромом (13 мужчин и 11 женщин) и 7 пациентов, не имеющих его. Наличие метаболического синдрома констатировалось по величине окружности живота, превышающую 80 см у женщин и 94 см у мужчин. У всех пациентов исходно имелось нарушение липидного обмена различной степени тяжести (18 мужчин и 14 женщин). Возраст на момент обследования составил 64 (56-71) года. Все пациенты получали постоянную липидснижающую терапию статинами либо препаратами никотиновой кислоты в течение 5 месяцев. Исследование креатинина сыворотки крови пациентов проводили исходно, через 1, 2, 3, 4 и 5 месяцев лечения. Почечная функция оценивалась по величине скорости клубочковой фильтрации (СКФ), которую рассчитывали по сокращенной формуле MDRD (Levey A.S. et al. 2000). Пациенты были распределены на две группы

(имеющие метаболический синдром и не имеющие метаболического синдрома), в каждой из которой было разделение на 2 подгруппы (мужчины и женщины). Результаты представлены в виде Me (НК; ВК).

**Результаты.** В группе пациентов, имеющих метаболический синдром, исходно наблюдались более низкие показатели СКФ (71,1;(64,2; 81,7) мл/мин.) в сравнении с пациентами без метаболического синдрома (76,17(66,5;78,4) мл/мин.). Данное отличие сохранялось на протяжении всего периода 5-месячного наблюдения (71,6(64,6;80,9), 70,1(63,9;79,1), 71,6(65,7;80,9), 77,6(67,8;86,6) мл/мин. и 72,3(66,8;78,4), 76,9(70,14;90,3), 76,9(66,5;89,06), 76,2(74,1 ;80,9) мл/мин. соответственно), ( $p>0,05$ ). При сравнении подгрупп также отмечены более низкие значения СКФ у лиц с метаболическим синдромом женского пола, причем через 3 месяца наблюдения это отличие было достоверным ( $p=0,03$ ). У мужчин достоверных отличий внутри группы выявлено не было.

**Вывод.** Выявлены изменения, свидетельствующие об ухудшении фильтрационной функции почек у женщин, имеющих метаболический синдром.

## ОПЫТ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И РЕСПИРАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ «ЗДОРОВЬЕ ЛЕГКИХ»

Я.А. Накатис, А.В. Червинская, А.И. Горелов, В.М. Василец, Е.И. Позднякова,  
Н.В. Бойцова, Н.Г. Кучеренко, Л.С. Прокопьева  
ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург

**Цель программы «Здоровье легких»** – раннее выявление хронических болезней легких и профессионально обусловленной патологии, своевременное проведение профилактических и реабилитационных мероприятий. Разработка и внедрение программы «Здоровье легких» осуществляется Научно-клиническим центром профилактической и реабилитационной пульмонологии и Центром респираторной терапии и сомнологии, действующим в Клинической больнице №122 им. Л.Г.Соколова с привлечением других подразделений.

**Методы и материалы.** В программе участвуют: терапевтическое отделение, центр профпатологии, Центральная поликлиника, поликлиники и здравпункты промышленных предприятий.

Программа состоит из 3-х этапов.

Первый этап скрининга осуществляется медицинским персоналом здравпунктов и поликлиник при проведении профосмотров контингента прикрепленных предприятий после соответствующего инструктажа.

Этап скрининга включает: анкетирование на базе опросников, рекомендованных ВОЗ по программе «Глобальный альянс по борьбе с хроническими респираторными заболеваниями (GARD)», и дизайна исследования, рекомендованного ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России; функциональное обследование легких (спирометрия на аппаратах «Валента», Россия; Customed, Германия).

После анализа анкетирования, данных функции внешнего дыхания (ФВД) определяется группа скрининг «+» (лица с респираторными симптомами и больные с хронической бронхолегочной патологией). Группа скрининг «+» направляется на 2-ой этап для верификации диагноза, решения экспертных вопросов, формирования групп для назначения профилактических и реабилитационных мероприятий. 3-й этап – осуществление профилактических и реабилитационных мер в условиях здравпунктов, поликлиник, отделений стационара.

Нами разработаны и применяются комплексы методов с применением физических факторов: галотерапия в условиях управляемого галоком-

плекса «Аэромед», галоингаляционная терапия (ГИТ-«Галонеб»), биоуправляемая аэроионотерапия (БАИТ-«Аэровион» АИДт-01), ингаляционная физиотерапия, малопоточная дозированная кислородотерапия, применение портативных дыхательных тренажеров, методы неинвазивной вспомогательной вентиляции легких (СиПАП, БиПаП) и др.

При выборе методов учитывались следующие обстоятельства:

- разнообразие механизмов действия позволяет формировать методы в различные комплексы для большинства нозологических форм болезней легких, а также оказывать эффективную помощь больным с коморбидными формами заболеваний
- возможность применения комплексов на всех этапах формирования патологии – от преморбидных до клинически выраженных и тяжелых форм
- немногочисленные противопоказания и редкие побочные действия, неинвазивность, комфортность.

Комплексы оптимальны по затратам времени обслуживающего персонала и пациентов, могут применяться как в клинических, так и в амбулаторных условиях.

**Результаты.** С ноября 2012 года на этапе скрининга было обследовано 369 человек (163 женщины и 206 мужчин, средний возраст 51,9 лет). Контингент работает в условиях воздействия вредных производственных факторов: ионизирующего излучения, компонентов ракетного топлива, отравляющих веществ, бактериальных средств, спецхимии, в том числе и аллергенов; 29,8% – курильщики табака.

После анализа анкетирования выявлено 184 скрининг (+) лиц (49,9% всех обследованных). Из них 93 человека (50,6 %) имели диагноз хронической патологии респираторного тракта. Остальные лица (91 чел. – 49,4%) имели факторы риска и респираторные симптомы. Нарушения ФВД были установлены у 39,9% лиц прикрепленного контингента (132 человека из 331 обследованного). Причем у 57 человек (17,2 % от всех обследованных) при этом не было отмечено никаких симптомов и факторов риска по

данным анкетирования. По данным анкетирования и ФВД на этапе скрининга был выявлен 241 человек (60,8%) скрининг (+) лиц.

Этот контингент нуждается в верификации диагноза и направляется на 2-ой этап обследования. На 2-ом этапе в условиях профпатологического отделения стационара нами были обследованы 45 человек. У 10 из них (22,2%) установлен диагноз хронической бронхолегочной патологии (ХОБЛ, бронхиальная астма, бериллиоз).

Для 3-го этапа программы были отобраны 79 больных с легкой и средне-тяжелой стадией ХОБЛ в возрасте от 45 до 64 лет ( $56,5 \pm 3,5$  года), а также с факторами риска развития ХОБЛ в возрасте от 30 до 42 лет ( $36,0 \pm 3,5$  года), средний производственный стаж –  $19,5 \pm 3,6$  года. Все больные были разделены методом рандомизации в зависимости от применяемого метода лечения на 2 сопоставимые по основным клинико-функциональным характеристикам группы. Основную группу составили 34 больных ХОБЛ, которым наряду с общепринятой фармакотерапией проводили лечение биоуправляемой аэроионотерапией (БАИТ) и галоингаляционной терапией (ГИТ), и 15 лиц с факторами риска развития ХОБЛ, которым проводилась только терапия с использованием управляемых дыхательных сред. Контрольной группе (30 человек) проводили общепринятую фармакотерапию.

Всем участникам основной группы были проведены курсы БАИТ, состоявшие из 10 ежедневных процедур с помощью аппарата «АИДт-Аэровион», а также ГИТ – с помощью настольного галоингалято-

ра Галонеб® (10 процедур длительностью 10 мин. – 1-2 режим).

У больных как с легкой стадией ХОБЛ, так и средне-тяжелой стадией к концу курса процедур БАИТ и ГИТ отмечался выраженный регресс клинической симптоматики, который в 1,6 раза превосходил позитивную динамику в контрольной группе. Результаты исследований кривой поток-объем показали, что у больных основной группы к 10 дню достоверно увеличились ФЖЕЛ, МОС25, МОС50, достоверно отличавшиеся от сдвигов в контрольной группе. Совокупная оценка регресса клинической симптоматики и динамики показателей специальных методов исследования позволила установить эффективность применения БАИТ и ГИТ у больных ХОБЛ. У лиц в группе с факторами риска развития ХОБЛ уменьшились симптомы раздражения дыхательных путей, отмечалась положительная динамика качественных характеристик мокроты.

**Выводы.** Начальный опыт внедрения программы «Здоровье легких» показал возможности для раннего выявления болезней органов дыхания и формирования диспансерных групп для своевременной респираторной реабилитации.

Анализ полученных результатов позволяет рассматривать ГИТ и БАИТ как эффективные методы реабилитации больных ХОБЛ. Целесообразно раннее применение профилактических мероприятий лицам с факторами риска развития ХОБЛ с целью предупреждения развития хронической бронхолегочной патологии.

## ОПЕРАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ КАК СРЕДСТВО ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ РАБОТЫ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Я.А. Накатис, О.А. Портной, С.В. Кузнецов

ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург

В работе была изучена эффективность некоторых критериев операционного анализа как элемента управления затратами учреждения, предназначенного для оценки прогноза и качества работы диагностических служб. В качестве показателей изучались маржинальный доход, порог рентабельности (точка безубыточности), запас прочности и производственный левверидж (операционный рычаг).

Проанализированы результаты работы диагностических служб за 2012 год. Всего было выполнено 1 миллион 43 тысячи исследований, что в денежном

эквиваленте составило 382,6 млн рублей. Это вычисленный доход, т.е. он включает в себя весь объем исследований по всем источникам финансирования. Расходы за этот период составили 265 млн руб., из которых 42 млн были постоянными, а 221 млн составили переменные расходы. В целом же условная прибыль достигла 119 млн рублей.

Маржинальная прибыль диагностических отделений в 2012 году составила 161 млн рублей. Это очень важный показатель для расчета всех остальных критериев и понимания, сможет ли подразделе-

ние (учреждение) дальше расширять объём услуг. Маржинальная прибыль иначе – это не что иное как прирост общей суммы прибыли при производстве каждой дополнительной услуги. Это добавочная выручка, величина которой детерминирована добавочными издержками на ее производство. И если складывается ситуация, когда издержки растут быстрее выручки, то расширение производства услуг становится невыгодным.

Точка безубыточности в натуральном выражении составила 280 тысяч услуг, или 99,7 миллиона рублей в денежном выражении. Это означает, что при достижении таких показателей все затраты равны всем доходам, прибыли нет и убытков тоже нет. Но службы выполнили не 280 тысяч, а более миллиона услуг, поэтому запас финансовой прочности в диагностических службах составил 74%, а это значит, что даже если они уменьшили бы количество услуг даже наполовину, то всё равно не «ушли бы в минус».

Что касается такого показателя, как «операционный рычаг», то насыщенность диагностических служб дорогостоящей техникой оказалась четко связанной с маржинальной прибылью. Операционный рычаг в диагностических службах в данной ситуации явился весьма незначительным. Для диагностики в целом было мало возможностей расширять свое «производство услуг»: если увеличить цену исследования на 1%, то это дало бы рост прибыли примерно на 3%, а если увеличить количество услуг на 1%, то прибыль возросла бы всего лишь на 1,6%. Причём дальнейшая закупка техники в диагностические отделения противопоказана: это лишь драматически увеличит переменные расходы. И внутренние механизмы развития, следовательно, в диагностических службах работают на пределе возможностей. В принципе, показатели операционного рычага держались в диагностических отделениях на уровне 2,5%-3%, и лишь в ПАО коррекция цены с точки зрения управленческого учёта могла быть возможна. Во всех остальных случаях затраты на производство дополнительных услуг с высокой долей вероятности превысили бы выгоду, равно как и повышение цены.

Как оказалось, в случае отделений инструментальной диагностики на показатель рентабельности

существенное влияние оказывают материальные активы, которые нужно окупать и которые участвуют в формировании переменных, а иногда – в виде арендной платы – постоянных затрат. В общем, рентабельность материальных активов в диагностических службах в 2012 году была относительно неплохая. Так 1 рубль, затраченный на оборудование, дал 70 копеек чистой прибыли в рентгеновском отделении, более 4 рублей – в КДЛ и отделении ультразвуковой диагностики, 1,5 рубля – в ОФД и 50 копеек – в ПАО. Один рубль, полученный от реализации одной услуги, принёс в 2012 году от 9 копеек в ПАО до 38 копеек в рентгеновском отделении.

В целом же рентабельность производства диагностических услуг (отношение прибыли к затратам) составила 45 копеек на каждый вложенный рубль, при этом в каждом отделении результаты были положительными, ни одно из отделений не оказалось убыточным. В результате такой работы чистая прибыль в диагностических службах в рассматриваемом периоде составила около 30 млн. рублей.

Этот показатель позволил нам вычислить коэффициент экономической эффективности диагностических служб (производное от чистой прибыли учреждения, произведенной данным коллективом), который оказался равен «4», в то время как аналогичный показатель для остального коллектива больницы достиг уровня всего лишь в «0,6». Этот показатель, вместе с коэффициентом объёма выполненной работы (1,97 в 2011 году и 2,34 – в 2012), оказались ключевыми в оценке деятельности каждого конкретного подразделения. Основными причинами столь высоких показателей мы считаем работу большинства диагностических отделений в условиях финансового плана, профессионализм коллектива, его трудовую спаянность и большую востребованность диагностических услуг не только со стороны основного обслуживаемого контингента, но и всех жителей города и области. Использование таких управленческих показателей, как маржинальная прибыль, порог рентабельности, запас операционной прочности, операционный рычаг и другие позволяют объективно и оперативно оценивать экономическую составляющую профессиональной деятельности коллектива и принимать обоснованные управленческие решения.



## НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ

Я.Н. Наливайко, Е.Г. Ключева, С.М. Котова

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

В клинической картине гипопаратиреоза и гипокальциемии большое место занимают вегетативные и психоэмоциональные расстройства.

**Цель исследования.** Оценить неврологические и психоэмоциональные расстройства при гипопаратиреозе (ГПТ).

**Материалы и методы.** Обследованы 62 пациента с ГПТ в возрасте от 28 до 62 лет (средний возраст  $46 \pm 2$  года), из них с послеоперационным ГПТ 46 человек, с первичным – 16, женщин – 51, мужчин – 11 в состоянии декомпенсации или субкомпенсации обмена (уровень кальция 0,9-2,2 ммоль/л). Группа контроля: 20 здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу.

Всем обследованным проводили клинический неврологический осмотр, использовали шкалы тревоги Шихана, субъективной оценки астении, опросник для выявления признаков вегетативных изменений (Вейн А.М., 1998), исследование variability сердечного ритма методом автоматизированной кардиоритмографии.

**Результаты.** В неврологическом статусе у 52 (84%) больных отмечали признаки повышенной нервно-мышечной возбудимости, у 45 (72%) уме-

ренно выраженную пирамидную недостаточность, у 29 (46%) – координаторные нарушения. У всех больных выявлялись неврастенические расстройства и выраженные признаки вегетативной дисфункции – более 15 баллов по опроснику А.М. Вейна; при исследовании variability сердечного ритма – признаки вегетативного дисбаланса с преобладанием активности центральных механизмов регуляции. У 31 (50%) больного отмечены признаки значимой астении (более 60 баллов субъективной шкалы астении). Тревожные нарушения выявлены у 31 (50%) больного – более 60 баллов и у 31 (50%) – более 100 баллов по шкале тревоги Шихана, что соответствует средним и высоким значениям уровня тревоги. Отмечается обратная корреляционная зависимость между выраженностью симптомов и уровнем кальция и паратгормона в сыворотке. Наиболее тяжелое течение наблюдалось у пациентов с низкими значениями уровня кальция (менее 2,0 ммоль/л). Результаты исследования больных с гипопаратиреозом достоверно отличаются от результатов исследования группы контроля.

**Заключение.** Результаты исследования указывают на распространенность неврологических, психовегетативных расстройств у больных гипопаратиреозом, требующих своевременной коррекции.

## ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ ИНТЕРФЕРОНА ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ И РЕАКТИВНОМ (ЭНТЕРОГЕННОМ) АРТРИТЕ

В.С. Немировский, К.В. Раймиев, Т.В. Спиридонова, О.И. Соловьева, Д.А. Свирида

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Сравнить активность системы интерферонов при неспецифическом язвенном колите (НЯК) и энтерогенном реактивном артрите (РеА).

**Материалы и методы.** Нами обследованы 58 больных РеА и 62 больных НЯК. В качестве кон-

трольной группы обследованы 36 практически здоровых лиц сопоставимого возраста и пола. Интерфероновый статус (ИС) оценивали методом Р.Ю. Ариненко и соавт. (Патент №2159936 от 27.10.2000). Оценивали сывороточный спонтанный интерферон (сИНФ) и индуцированный интерфе-

рон (иИНФ)  $\alpha/\beta$  и  $\gamma$ . Средний возраст больных РеА составил  $30 \pm 1,8$  лет. Средняя длительность заболевания –  $2,0 \pm 0,7$  года. Пациенты имели в прошлом острую кишечную инфекцию или проявления синдрома раздраженной кишки. Средний возраст больных НЯК составил  $44,4 \pm 11,4$  лет, продолжительность заболевания  $7,8 \pm 2,6$  лет. В 29% случаев выявлено инфицирование больных НЯК вирусами гепатита В и С и в 86% случаев – вирусом герпеса. Согласно полученным нами данным при обследовании 36 здоровых доноров, концентрация сывороточного ИФН (сИНФ) колебалась от 0 до 10 МЕ/мл (в среднем  $6 \pm 3,6$  МЕ/мл).

**Результаты исследования.** В группе больных с РеА содержание ИФН в сыворотке периферической крови было достоверно выше, чем в контрольной группе –  $24,4 \pm 2,1$  и  $6 \pm 3,6$  МЕ/мл соответственно ( $p < 0,001$ ). При исследовании стимулированной продукции ИФН-  $\alpha/\beta$  и ИФН- $\gamma$  лейкоцитами периферической крови получены достоверные отличия результатов у больных РеА от группы контроля. Стимулированная продукция иИФН-  $\alpha/\beta$  и  $\gamma$  у больных РеА при поступлении в стационар была достоверно ниже (иИФН-  $\alpha/\beta$  –  $144,7 \pm 13,1$  МЕ/мл, иИФН- $\gamma$  –  $56,8 \pm 4,9$  МЕ/мл), чем у здоровых доноров ( $315 \pm 12,5$  МЕ/мл и  $18 \pm 10,8$  МЕ/мл соответственно,  $p < 0,001$ ). Изучение корреляционных связей между иИФН- $\gamma$  и основных лабораторных показателей у больных РеА также выявило отрицательную корреляционную связь уровня иИФН- $\gamma$  и лабораторными показателями воспаления.

У всех больных НЯК до лечения спонтанная продукция ИФН (сИНФ) была повышена в 2-3 раза по сравнению с контрольной группой здоровых лиц ( $23,1 \pm 0,63$  МЕ/мл). При изучении иИНФ обнаружилось значительное его снижение: продукция

ИФН- $\alpha/\beta$  составила  $134 \pm 6,8$  МЕ/мл, продукция ИФН- $\gamma$  –  $78,6 \pm 14,4$  МЕ/мл. В 51,6% случаев выявлен дисбаланс индукции ИФН. Степень нарушения продукции ИФН сыворотки зависела от тяжести течения НЯК. Индуцированная продукция ИФН зависела от тяжести процесса и активности воспаления.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что при РеА и НЯК имеются сходные нарушения системы ИФН, которые играют важную роль в патогенезе этих заболеваний. Длительная продолжительность заболеваний приводит к истощению системы ИФН при РеА и НЯК. При обоих заболеваниях достоверно снижена продукция иИНФ-  $\alpha/\beta$  и  $\gamma$ . Сравнение продукции иИНФ-  $\alpha/\beta$  и  $\gamma$  при этих заболеваниях достоверных отличий между ними не обнаружилось. В то же время выявлена обратная зависимость между степенью активности воспаления при заболеваниях и уровнем иИНФ. Можно предполагать, что высокий уровень ИФН играет протекторную роль, а снижение индуцированной продукции ИФН (резервных способностей) до определенного уровня создает условия для манифестации изучавшихся страданий.

#### Выводы.

1. При реактивном артрите и неспецифическом язвенном колите имеются сходные изменения интерферонового статуса. Спонтанный сывороточный ИФН значительно выше, чем у здоровых лиц, индуцированный ИФН-  $\alpha/\beta$  и  $\gamma$  значительно ниже, чем в норме.

2. С усилением активности воспалительного процесса и тяжести заболеваний уменьшается индуцированная продукция ИФН-  $\alpha/\beta$  и  $\gamma$ .

3. Необходимо изучение и использование лекарственных средств, нормализующих продукцию интерферона, при комплексном лечении РеА и НЯК.

## ДИАГНОСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ В-ЗВЕНА ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ HCV-ИНФЕКЦИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ

*В.Ю. Никитин, Ю.А. Митин, Е.Ю. Вобликова*

*ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург*

Обследовано 86 больных хронической HCV-инфекцией с различной степенью фиброза печени. Развитие В-клеточного иммунного ответа при HCV-инфекции сопровождалось повышением CD19<sup>+</sup>CD95<sup>+</sup> В-клеток у больных групп с фиброзом 1 степени и фиброзом 2 степени в 46,2% случаев, фиброзом 3 степени и фиброзом 4 степени – в 30%

и 22,2% соответственно. У больных хроническим гепатитом С (ХГС) по мере прогрессирования заболевания отмечалось снижение относительного числа CD3<sup>+</sup>CD25<sup>+</sup> активированных В-лимфоцитов. У пациентов с декомпенсированным циррозом выявлялось увеличение относительного числа CD19<sup>+</sup> В-клеток.

Определение концентраций иммуноглобулинов классов М, А и G в сыворотке крови показало, что максимальные концентрации IgM, IgA и IgG были характерны для больных с циррозом печени. При исследовании частоты отклонений от нормы уровней высоко-, средне- и низкомолекулярных ЦИК в сыворотке крови больных ХГС было обнаружено, что низкомолекулярные ЦИК превышали пределы нормы у больных группы фиброз 1 степени в 56,3%, фиброз 2 степени – 47,8%, фиброз 3 степени – 60%, а фиброз 4 степени – 100% случаев. Установлено, что у больных ХГС прогрессирование заболевания сопровождалось повышением содержания в сыворотке крови IFN- $\gamma$ , IL-10 и IL-4.

Таким образом, при слабом и умеренном фиброзе увеличение числа В-клеток (CD19<sup>+</sup>), повышение

концентраций иммуноглобулинов классов А, М, G, уровней ЦИК и цитокинов Th2-типа (IL-4, IL-10) может быть объяснено смещением иммунного ответа в сторону преобладания Th2-типа. На поздних стадиях ХГС превалирование В-клеточного иммунного ответа, нарастание уровней IL-4 и IL-10, ЦИК всех типов, концентраций IgG и IgA, снижение числа активированных В-лимфоцитов (CD3<sup>-</sup>CD25<sup>+</sup>), увеличение количества покоящихся В-клеток (CD19<sup>+</sup>) сопровождалось активацией фиброгенеза и свидетельствовало о дальнейшем прогрессировании заболевания. Уменьшение относительного числа активированных В-лимфоцитов (CD3<sup>-</sup>CD25<sup>+</sup>), как и повышение уровней IL-10 и низкомолекулярных ЦИК, следует расценивать как неблагоприятные признаки прогрессии ХГС.

## ОПЛАТА ТРУДА ПЕРСОНАЛА НА ОСНОВЕ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

*О.К. Николаева, Я.А. Накатис*

*ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург*

Медицина, пожалуй, одна из немногих отраслей, в которой от качества человеческого труда и объема знаний зависят жизни людей.

Качество оказываемых услуг, точность и быстрота постановки диагноза, оптимальность выбранных методов лечения заболевания – все это зависит от профессионализма медицинского персонала. С другой стороны, важным фактором в достижении приемлемых финансовых результатов деятельности медицинского учреждения является эффективность работы его руководства и прочего персонала.

Проблема качества медицинской помощи, его оценки и обеспечения является одной из наиболее актуальных в отечественном здравоохранении и не является исключением, о чем свидетельствует большое число исследований в данной области.

В настоящее время начал утверждаться принципиально новый подход к решению проблемы обеспечения качества медицинской помощи, при котором основным объектом воздействия становится не оценка, а создание условий для достижения его максимально возможного уровня. Одним из таких условий является внедрение новой системы оплаты труда медицинских работников, обеспечивающей их мотивацию к повышению качества оказываемой медицинской помощи.

Система оценки, действующая в организации с 2009 года, призвана повысить эффективность деятельности всех сотрудников. Оценка труда по-

зволяет установить соответствие рабочих показателей установленным требованиям и нормативам, помогая выявить те аспекты работы персонала, которые нуждаются в улучшении. При разработке системы оценки труда работника необходимо решить, на основании каких критериев будет производиться оценка, иными словами, что именно в деятельности работника нам надо оценить.

Критерии оценки деятельности разделяются по разным основаниям, среди которых можно выделить следующие группы критериев.

1. **Общеорганизационные и специализированные критерии.**

Общеорганизационные: наличие и соответствие им одинаково для всех сотрудников. Например: качество, своевременность, полнота выполнения обязанностей и др. Критерии, соответствующие определенному виду деятельности (или специализированные). Эта группа критериев закрепляется в отдельных документах – методиках оценки деятельности, разработанных для каждой отдельной должности, структурного подразделения.

2. **Количественные и качественные критерии.**

В зависимости от того, что будет предметом оценки в первую очередь, можно выделить количественные и качественные критерии или показатели эффективности деятельности того или иного сотрудника.

Количественные показатели являются наиболее распространенными критериями оценки работы персонала. Это самый понятный, самый объективный и самый прямой способ оценки, при котором работники оцениваются на основе достигнутых результатов. Для руководителя главным результатом его работы являются производственные показатели, достигнутые его подчиненными, и своевременность выполнения установленных планов.

При проведении оценки следует учитывать действие факторов, оказывающих влияние на оцениваемые рабочие результаты. К качественным критериям оценки относят:

- качество работы – очень часто качество работы бывает важнее, чем количественные показатели.
- индивидуальные характеристики работника оцениваются с помощью различных оценочных шкал, вопросников или тестов, позволяющих оценить личные и деловые качества, а также особенности рабочего поведения, оказывающие влияние на эффективность работы. При оценке личных качеств работника на первый план выходят те качества, которые имеют наибольшее значение для дости-

жения высоких результатов: коммуникабельность, личностная зрелость, эмоциональная устойчивость и др. При оценке деловых качеств, как правило, определяется степень проявления у работника качеств, характеризующих его отношение к порученной работе. В первую очередь речь идет о таких качествах, как самостоятельность, ответственность, инициативность, надежность, настойчивость и др. Оценка рабочего поведения, как правило, призвана определить, в какой степени работнику свойственны те виды поведения, которые способны внести позитивный вклад в достижение высоких результатов: поведение в трудных ситуациях, особенности рабочего поведения при взаимодействии с руководителем, коллегами по работе.

Критерии оценки могут разрабатываться с разной степенью подробности. Учесть все особенности той или иной работы достаточно трудно.

Критерии оценки – это система индикаторов, которая должна позволить оценить эффективность деятельности сотрудника. Важно иметь в виду, что для каждой должности приоритетными являются свои критерии.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АМИТРИПТИЛИНОМ ИЛИ ТРАЗОДОНОМ (ТРИТТИКО)

*Октябрьская И.В., Беляева И.Б., Ташлыков В.А.*

*СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница №25», Санкт-Петербург  
ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет  
имени И.И.Мечникова» МЗ РФ*

**Цель исследования.** Сравнительная оценка показателей психосоматического статуса пациентов с ревматоидным артритом (РА) и эмоционально-аффективными расстройствами (ЭАР) на фоне терапии метотрексатом (МТ) в сочетании с антидепрессантами (амитриптилином) (АМ) или тразодоном (ТЗ) (триттико).

**Материалы и методы.** Проведено клинико-лабораторное и инструментальное обследование 60 пациентов с достоверным диагнозом РА по критериям ACR (1987 г.) средней и высокой степенями активности (DAS 28 > 3,2), сравнимых по полу, возрасту, длительности заболевания, рентгенологической стадии, получающих в качестве базисной терапии метотрексат в дозе 10-15 мг/нед.

Проводилась оценка качества жизни с помощью опросника HAQ, оценка боли по шкале ВАШ, оценивались показатели стрессоустойчивости и социальной адаптации по опроснику Холмса и Раге, наличие астенического состояния, тревоги и депрессии по шкале Цунга и госпитальной шкале тревоги и депрессии.

Все пациенты были разделены на 2 группы: основная – больные РА (40 человек) с ЭАР, контрольная – больные РА (20 человек) без ЭАР. С целью коррекции ЭАР методом слепой выборки пациентам основной группы была назначена терапия антидепрессантами: подгруппа 1 (20 пациентов) получала АМ в дозе 50 мг/сут.; подгруппа 2 (20 пациентов) получала ТЗ в дозе 150 мг/сут. Длительность наблюдения составила 1 месяц.



**Полученные результаты.** При обследовании 60 больных РА астения выявлена у 58% пациентов, клинически выраженная тревога у 68% пациентов, умеренная и выраженная депрессия и низкая стрессоустойчивость у 33 и 64% обследованных. Отмечена прямая корреляционная взаимосвязь между значениями индекса HAQ и числом пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами, а также шкалами ВАШ и Цунга при РА. При значениях индекса HAQ >1,82 в 100% случаев выявлены клинически выраженная тревога и депрессия, умеренная или выраженная астения и низкая сопротивляемость к стрессу. На стрессовое событие в дебюте РА указывали 47 больных (78%), а в течение года до обострения РА – 49 больных (29.4%). Через 4 недели лечения антидепрессантами в подгруппе, получавшей АМ, достоверно увеличилось число пациентов с высокой стрессоустойчивостью по опроснику Холмса и Page (с 33,7 до 51,9%) и уменьшилось число пациентов с выраженной астенией (с 24 до 14%;  $P < 0,05$ ). У пациентов с РА и ЭАР, получавших АМ и ТЗ, через 1 месяц терапии отмечено значимое снижение тревоги (на 20 и 18%), депрессии (на 13,2 и 14%), и увеличение стрессоустойчивости (на 12,8 и 22,5%). Достоверных различий по изменению этих показателей при срав-

нительной оценке в подгруппах не отмечено. Через месяц лечения ТЗ, по сравнению с лечением АМ, отмечено достоверно большее число пациентов с РА и ЭАР с улучшением сна (50 и 21%) и снижение числа пациентов с суицидальными мыслями (25 и 4%).

#### **Выводы.**

1. При развёрнутой стадии РА с высокой и средней степенями активности заболевания отмечается большое число пациентов с наличием астении (58%), клинически выраженной тревоги (68%), депрессии (33%) и снижением стрессоустойчивости (64%).

2. Отмечена прямая корреляционная взаимосвязь между значениями индекса HAQ и числом пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами, а также шкалами ВАШ и Цунга при РА.

3. Назначение АМ или ТЗ в течение 1 месяца у пациентов с РА при наличии ЭАР приводит к снижению признаков астении, тревоги, депрессии и повышению стрессоустойчивости.

4. При применении ТЗ, по сравнению с АМ, в течение 1 месяца отмечено большее число пациентов РА с ЭАР с улучшением сна и снижением суицидальных мыслей.

## **ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ №122**

*А.А. Орлов, М.Ю. Шерстнов, С.Г. Петровский*

*ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург*

Диагностика РМЖ на ранних стадиях развития опухоли, при минимальных размерах в 1-5 мм, сложна. Узловые формы РМЖ более 1см в диаметре надежно выявляются при маммографии, УЗИ, пальпаторно и могут быть подвергнуты ТАБ или трепан-биопсии. Опухоли менее 0,5 см в диаметре пальпаторно и на УЗИ не определены, могут быть выявлены только на маммографии и требуют выполнения стереотаксической биопсии (маммотест). Особое значение придается раннему выявлению опухоли у молодых женщин. У пожилых рак течет более вяло, позже метастазирует и лучше поддается дополнительным методам лечения.

Широкое внедрение цифровой маммографии и проведение ежегодного маммографического скрининга женского населения в странах Евросоюза, США увеличило количество выявленных случаев минимального (до 1см в диаметре) РМЖ. Удельный вес этих форм достигает 60-80% от общего количе-

ства случаев РМЖ. Это отражается на результатах лечения опухолей, сроках реабилитации больных и стоимости лечения. Так неинвазивный рак не требует никаких дополнительных методов лечения после хирургического удаления очага.

Важным аспектом в диагностике РМЖ является морфо-иммуногистохимическая оценка материала. Основные параметры здесь: форма опухоли, степень дифференцировки (Grade 1-3), пролиферативная активность (Ki-67), факторы роста (Her2/neu), позволяющие оценить степень агрессивности опухоли и прогноз, количественная оценка рецепторов к гормонам. Прогностическое значение имеет количественная оценка гена-супрессора p53. Определяют экспрессию высокомолекулярных базальных цитокератинов (CK5/6, CK14, CK17), фактора роста EGFR (Her1), p-кадгерина, CAV1, CAV2. Особое прогностическое значение имеют внутривитрикулярный компонент и

внутрисосудистые опухолевые эмболы, наличие микроскопических изменений в лимфоузлах.

Краеугольным камнем в диагностике и лечении РМЖ является молекулярно-генетическое обследование женщин. Разработана молекулярно-генетическая классификация РМЖ, в рамках которой выделено несколько вариантов РМЖ, отличающихся по чувствительности к различным видам лекарственной терапии и по прогнозу заболевания:

1. Люминальный тип А (в 30-45%): ER/PR+, HER2-, KRT8/18+. Эстроген-зависимые опухоли; эффективны ГТ и неоПХТ.

2. Люминальный тип В (в 14-18%): ER/PR+; HER+; Ki-67>13%. Эстроген-зависимые агрессивные опухоли; не чувствительны к ГТ.

– ERBB2 (Her2) позитивный подтип (в 8-15%): ER-/PR-; HER2+; Ki-67>13%. Эстроген-независимые агрессивные опухоли, высокий Ki67.

3. «Тройной негативный» тип (в 10-24%): ER(-), Pr (-), Her2/neu(-). Эта группа больных гетерогенна, поэтому выделены 3 подгруппы:

А. Базальноподобный (basal-like, triple-negative) тип (в 27-30%), ER-/PR-; HER2-; CK5/6+, EFGR (HER1)+, cadherin-P+; виментин+; c-kit+. Это эстроген-независимые низкодифференцированные агрессивные опухоли.

Б. Наследственный подтип базальноподобного рака (в 5-10%): BrCa1 (+).

В. Клаудин-подобный (Claudin-like, claudin-low) тип: низкая экспрессия Erb-B2, ESR1. Имеют сходство со стволовыми клетками грудной железы.

Ранняя диагностика РМЖ позволяет уменьшать объем оперативного вмешательства без снижения общей и безрецидивной выживаемости. Развитие концепции сигнальных лимфоузлов доказало необходимость отказа от избыточной хирургической диссекции регионарных лимфатических коллекторов, что не повлияло на результаты лечения. Наличие микрометастазов в сигнальных лимфоузлах (менее 2 мм) не ухудшает показатели выживаемости. А выполнение органосохраняющей операции является адекватным объемом при РМЖ T0-1N0-1M0.

Маммологический центр КБ № 122 был создан в 2006 году. В КБ № 122 за 5 лет пролечено 422 больных злокачественными заболеваниями молочной железы. Из них РМЖ – 418. В том числе: рак в кисте – 1; муцинозный – 1; нейроэндокринный – 1; медуллярный – 4; криброформный – 1; папиллярный – 1; оккультный – 2; рак Педжета – 1; мультицентрический РМЖ – 10; билатеральный РМЖ – 13. Другие новообразования: меланома (метастазы в молочную железу) – 1; лимфома – 2; саркома – 1. Не оперировано – 36 больных (лечебная химиотерапия), средний возраст 61 год. У 10 выявлены отдаленные метастазы.

Оперирована 391 больная. Из них пятерым операция выполнена по санитарным показаниям – кро-

вотечение из распадающейся опухоли или угроза кровотечения. Биопсия лимфоузлов выполнена четверым. Эксцизионная биопсия – пятерым. Симультанная операция по поводу билатерального синхронного рака (мастэктомия и резекция) – одной больной.

В своей работе при выборе лечебной тактики мы руководствуемся всеми вышеперечисленными аспектами. Применение современных ИГХ методик позволяет достаточно точно определять и необходимый объем операции, и терапевтические методики в каждом конкретном случае (таблица 1).

Таблица 1

## Распределение по стадиям

Стадия	0	1	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	Все-го
Количество больных	6	133	109	52	31	37	12	380

In situ – 6 (у одной пациентки опухоль in situ сочеталась с опухолью T2N0M0). Рецидив РМЖ выявлен в 17 случаях. Максимум заболеваемости пришелся на возраст 50-80 лет с пиком в 55-70 лет. Самой младшей пациентке было 23 года, самой старшей – 96 лет (таблица 2).

Таблица 2

## Объем операции в зависимости от стадии заболевания

Стадия	0(in situ)	1	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	Все-го
Возраст	50	58	57	55	62	59	53	56
Органосохраняющая операция	3	55	15	15	0	1	-	89
Ампутация	0	2	1	1	1	1	-	6
Мастэктомия	3	36	25	31	13	14	1	123

Большинство радикальных резекций выполнено при 0-1-II стадиях заболевания. Мастэктомию при ранних стадиях выполняли в случае центрального расположения опухоли. Таким образом, соотношение объемов операции «мастэктомия (ампутация)» против «радикальной резекции» различных модификаций составила 1,4 (мастэктомия выполнена в 58% случаев, органосохраняющее лечение – в 42%). Это соответствует общемировым онкологическим тенденциям к уменьшению объема операции за счет внедрения неоадьювантных методов лечения и ранней диагностики заболеваний. Рецидивы не учитывали (таблица 3).

У 69% больных показатель Ki67 был до 14%, у 31% – более 14%.

Из пролеченных за первые 5 лет умерло 10 пациенток.

Таким образом, среди пролеченных больных подавляющее большинство составили пациентки в

Таблица 3

Стадия	0 (in situ)	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	Всего
Возраст	50	58	57,5	55	62	59	53,5	56,4
G	2	1-2	2-3	2-3	1-2	2	2	-
Люминал А	4	100	63	37	15	22	6	243
Люминал В	-	14	13	10	6	4	1	48
3-нег.	-	16	20	3	6	3	0	48
Ki67 $\geq$ 14%	0% б-х	у 26% б-х	у 39% б-х	у 32% б-х	у 100% б-х	у 37% б-х	у 100% б-х	у 31% б-х

возрасте 50-60 лет, группа Люминал А с относительно низким индексом пролиферации Ki67. Именно в этой группе удалось выполнить наибольшее количество органосберегающих операций. Количество раков Люминал В и «Трижды негативных» суммарно составило 28% от общего количества (по 14% на каждую из подгрупп). Эти показатели соответствуют представленным данным мировой статистики. Увеличение индекса пролиферации коррелирует с увеличением стадии выявленного заболевания.

Так или иначе, залог успеха – в наиболее раннем обращении больных к онкологу и наиболее раннем начале лечения. Выработка тактики и определение порядка выполнения процедур – за онкологом.

## НОВЫЕ СМЫСЛЫ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ТЕРАПИЯ» В УСЛОВИЯХ ПОЛИМОРБИДНОСТИ ВНУТРЕННЕЙ ПАТОЛОГИИ И УЗКОСПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МОДЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<sup>1</sup>С.А. Парцерняк, <sup>2</sup>А.В. Шабров, <sup>3</sup>Г.Б. Федосеев, <sup>1</sup>С.А. Болдуева, <sup>3</sup>В.И. Трофимов, <sup>1</sup>В.И. Симаненков, <sup>3</sup>Н.П. Ванчакова

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины» СЗО РАМН, Санкт-Петербург

<sup>3</sup>ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова» МЗ РФ

Современный больной – это больной с полиморбидной (сочетанной) патологией! У одного больного может быть 3-5-10 и более заболеваний. Заболевания могут затрагивать как одну регуляторную или эффекторную систему, так и многие.... В то же время узкоспециализированная модель здравоохранения ориентирована на «виртуальную» монопатологию. В высшей школе преподается около 50 нозологических единиц по «терапии», однако полиморбидная (сочетанная) патология адекватно своему значению не преподается ни на до-, ни на последипломном уровнях. Анализ эффективности официальной медицины за 30-40 лет показал ограниченность возможностей узкоспециализированной модели здравоохранения. Так, по мнению экспертов ВОЗ, в рамках узкоспециализированной модели организации оказания медицинской помощи эффективность диагностики по основным группам хронических заболеваний возросла за последние 30 лет только на 5-7%, а лечения на 5-10%, при удорожании медицинских услуг в десятки раз. Узкая специализация породила много специальностей, в том числе терапевтических, в то же время остро

ощущается потребность в комплексной оценке проблем у одного больного с полиморбидными (сочетанными) расстройствами... Представитель какой терапевтической специализации способен это сделать? Кардиолог, пульмонолог, гастроэнтеролог, эндокринолог... Кто? На роль интегратора, способного решать комплексные задачи диагностики и лечения современных больных – лиц с полиморбидной патологией, должен быть рассмотрен врач-терапевт. Однако сама терапия как специальность требует наполнения её новыми смыслами... Кто решит эту задачу? Ответ: «Интегративная медицина как новая парадигма здравоохранения XXI века!» Интегративная медицина – это синтез и взаимопроникновение богатств знаний, накопленных в рамках узкоспециализированной (аллопатической или ортодоксальной) современной модели организации оказания медицинской помощи и холистическими (комплексными) моделями диагностики и лечения альтернативной (традиционной) медицины. В концепции интегративной медицины сделан акцент! Во-первых, на полиморбидность патологии, которая стала доминирующей в практике здраво-

охранения. Во-вторых, на необходимость разработки новых взглядов на диагностику и лечение заболеваний с позиций холизма, т.е. системного, комплексного, интегративного подхода. В-третьих, на создание нового имиджа врача как соматического, так и психического направлений. Повысить их взаимную заинтересованность, научить в большей

степени понимать друг друга. Реализация намеченного должна начинаться, по-видимому, с создания методических Центров ВУЗов – кафедр и клиник интегративной (комплементарной, полиморбидной и др.) медицины. Изложенное соответствует целям современной реформы системы подготовки медицинских кадров!

## ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ НА СЕВЕРЕ КАК ПРЕДИКТОР ПОДАГРЫ

*М.Н. Петрова*

*ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М. К. Аммосова», Якутск*

Отклонения от рационального питания лежат в основе формирования наиболее распространенных алиментарно-зависимых хронических неинфекционных заболеваний. Принимая во внимание то, что рацион питания пришлых северян значительно отличается от питания жителей средней полосы, а питание коренных жителей приобретает новые особенности, проблема изучения влияния характера питания на здоровье жителей Якутии приобрела в настоящее время чрезвычайную социальную и медицинскую значимость. Доказано, что предиктором острого подагрического артрита является употребление большого количества мясных продуктов. Традиционный рацион питания коренных жителей Якутии содержит большое количество мясных и рыбных блюд. В связи с этим представляет наибольший интерес изучение распространенности этого заболевания среди жителей Якутии. По данным ряда публикаций, в Якутии, где питаются исключительно мясным и рыбным белком, организм производит в 3-4 раза больше мочевой кислоты, чем у людей в других частях света, где случаи подагры крайне редки. Предпосылкой для настоящего исследования послужил тот факт, что официальных данных по заболеваемости подагрой в Республике Саха (Якутия) нет (по стат. данным МЗ РС (Я) от 2007 года).

**Цель исследования:** изучить современное течение подагры в Республике Саха (Якутия).

**Методы и пациенты.** Заполнение анкет, разработанных в Институте ревматологии РАМН для участия в межрегиональном проспективном исследовании подагры, сроки выполнения – 2007-2012 гг. Контингент обследованных больных – пациенты, находящиеся на стационарном обследовании и лечении в ревматологическом отделении МУ «ЯГКБ». Обследование: ОАК; биохимический анализ крови (глюкоза, ЛПВП, ЛПНП, ХС, ТГ, креатинин, мочевина,

мочевая кислота, общий белок, билирубин, АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, КФК); ОАМ, суточный анализ мочи на креатинин, белок, мочевую кислоту; инструментальные исследования (рентгенография дистальных отделов стоп, кистей, УЗИ почек).

**Результаты.** В исследование включены 44 больных в среднем возрасте 56 лет, 4 пациента старше 65 лет. Преобладает вторичная форма подагры и рецидивирующее течение заболевания. Артрит (острый – у 3 больных, затяжной – у 8, хронический – у 2 больных). Топусная форма наблюдалась у 10 пациентов (из них 3 пациента старше 65 лет). Сопутствующая патология у всего контингента обследованных: АГ – у 22 пациентов; ИБС – у 7; СД тип 2 – у 4; нарушение толерантности к углеводам + ожирение – у 1 мужчины; метаболический синдром + ожирение – у 1 женщины; ожирение – у 1 мужчины; метаболический синдром – у 1 мужчины, ХПН – у 1 мужчины, кардиоваскулярные катастрофы – у 3 мужчин; ХСН – у 1, нефролитиаз – у 9. ХС 4,33 ммоль/л [4,0-6,31]; ТГ 2,5 [1,1-6,7] ммоль/л; глюкоза 5,23 [3,9-10,0]; МК 493,05 мкмоль/л [256-787].

**Обсуждение.** Якутия относится к районам с минимальным уровнем комфортности. В условиях Крайнего Севера, где длительное время держатся очень низкие температуры, отмечается аномальный световой период, зимой в атмосфере снижается содержание кислорода, в организме коренных жителей сформировался белково-липидный тип питания.

Важное место среди механизмов, обеспечивающих качество адаптации жителей Севера к дискомфортным климато-географическим условиям, занимают алиментарные процессы жизнеобеспечения, основанные на выборе рационов питания, соответствующих особенностям обмена веществ при хроническом экологически обусловленном стрессе: обязательное наличие в пище белков животного и растительного



происхождения (в экстремальных условиях жизнедеятельности потребность в белке увеличивается на 10%); обеспечение жиром в суточном объеме 130 г (39% от суточных энергетических потребностей); снижение содержания углеводов до 280,0 г, (37,7%); изменение потребности в водо- и жирорастворимых витаминах; содержание минеральных элементов, которые могут существенно влиять на состояние здоровья людей.

**Заключение.** Таким образом, мы наблюдали подагру и у молодых людей, причем у них были повторные поступления. После завершения результаты исследования будут использованы для уточнения особенностей течения подагры в Республике Саха (Якутия), разработки профилактических мероприятий, особенно среди лиц молодого возраста с сопутствующими метаболическими нарушениями.

## КОНЦЕНТРАЦИЯ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И ПРОГНОЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ МАССЫ ТЕЛА

<sup>1</sup>Ю.А. Петрова, <sup>2</sup>А.В. Кутергин, <sup>1</sup>И.М. Петров, <sup>1</sup>И.В. Медведева

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Тюмень

<sup>2</sup>ММАУ «Городская поликлиника №1», Тюмень

**Цель исследования:** охарактеризовать прогностическое значение маркеров системного воспаления в оценке эффективности использования образовательных технологий у больных метаболическим синдромом.

**Методы исследования.** Объектом настоящего исследования явились 104 пациента с метаболическим синдромом, проживающих в условиях Крайнего Севера Тюменской области (г. Новый Уренгой), в возрасте 21-63 лет. Терапевтическое обучение пациентов с использованием индивидуального консультирования проведено на базе отделения терапии Центральной городской больницы г. Новый Уренгой в течение 2009 г. После 12 месяцев наблюдения 53 больных с МС прошли повторный курс обучения с использованием индивидуального консультирования, тогда как оставшиеся больные повторно не обучались, данной категории больных проводились только плановые профилактические осмотры с заполнением вопросников и забором крови для проведения лабораторных исследований.

**Результаты.** Установлено, что для достижения целевого снижения массы тела у одного больного в течение 36 месяцев наблюдения необходимо провести повторное обучение, как минимум, 6,5 больных с МС. На фоне этого относительная вероятность достижения целевого снижения массы тела у больных с МС на фоне повторного обучения составила 2,69, нижняя граница 95% ДИ – 1,05 и верхняя граница 95% ДИ – 6,95. Отношение шансов достижения целевых значений массы тела составило 3,3, тогда как 95% ДИ 1,09-10. Полученные данные указывают, что

повторное обучение больных с МС приводит практически к 3-кратному повышению вероятности достижения целевых значений массы тела в течение 36 месяцев наблюдения.

Расчет вероятности и отношения шансов достижения целевого снижения массы тела в течение 3 месяцев у больных с МС, проживающих в условиях Крайнего Севера Тюменской области, в зависимости от концентрации маркеров воспаления показал, что относительная вероятность и отношение шансов достижения целевого снижения массы тела в течение 3 месяцев после проведения немедикаментозной коррекции массы тела у больных с МС, имеющих высокие концентрации СРБ и ИЛ-6, значимо ниже относительно больных с МС с концентрацией исследуемых маркеров воспаления ниже данных уровней, через 12 месяцев значимое снижение относительной вероятности отмечено у больных с повышением концентрации ФНО-α и ИЛ-6.

**Выводы.** Относительная вероятность и отношение шансов достижения целевого снижения массы тела в течение 12 месяцев у больных с МС, проживающих в условиях Крайнего Севера Тюменской области, с концентрацией ФНО-α > 5,2 пг/мл и ИЛ-6 > 2,2 пг/мл, на фоне немедикаментозной коррекции массы тела более чем в 2,5 раза ниже. Повторное обучение сопровождается уменьшением случаев временной нетрудоспособности за счёт снижения частоты воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей на 30% и необходимости стационарного и/или амбулаторного лечения артериальной гипертензии практически на 40%, что приводит к значимому снижению медианы временной нетрудоспособности.

## НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Т.Н. Пирская

СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница №25», Санкт-Петербург

Ревматологические заболевания, одна из наиболее частых причин хронической патологии человека (ими страдают 5-7% населения Земли), являются проблемой междисциплинарной. В свою очередь, сосудистые поражения головного мозга – одна из актуальных проблем современной неврологии, а инсульт – вторая по частоте причина смерти в России. С этих позиций особо интересными становятся аспекты нейроревматологии, в частности неврологические аспекты системной красной волчанки (СКВ). Морфологические изменения в головном мозге при СКВ чаще всего вторичны, являются результатом изменений во внутрочерепных сосудах, преимущественно малого и среднего калибра. В сосудах мозга эти изменения связаны, во-первых, с повреждением эндотелия и, в меньшей степени, других слоев сосудистой стенки, с развитием васкулопатий и возможным формированием стенозов и/или окклюзии артерий малого калибра; во-вторых, с ранним развитием атеросклероза, в-третьих, с нарушениями коагуляции с тромбозами и микро-тромбозами (чаще при наличии вторичного антифосфолипидного синдрома). Соответственно, очаги в ткани мозга носят ишемический характер более, чем в 90% случаев, геморрагические или смешанные встречаются реже. Локализуются очаги как в полушариях большого мозга, так и в стволе, чаще всего – перивентрикулярно, в большинстве случаев поражение мультифокальное.

Анализирован материал КРБ №25 за пять лет (2006-2010 гг.), количество пациентов с системными заболеваниями соединительной ткани составляет в среднем 7,5-8,7% от всех госпитализированных. За 2010 год это 455 больных, из них 250 – с СКВ (58%).

Клиническими проявлениями СКВ были острые и хронические нарушения мозгового кровообращения; 24% пациентов перенесли инсульт, 92% из них – ишемический. Среди всех острых нарушений мозгового кровообращения повторные инсульты имелись у 16% пациентов, транзиторные ишемические атаки – у 18%. Хронической ишемией мозга страдали до 85% больных с СКВ. Начальные про-

явления недостаточности кровообращения и дисциркуляторная энцефалопатия 1 ст. сопровождаются зачастую вегетативными дистоническими, невротическими, когнитивными расстройствами лёгкой степени выраженности. Дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст. проявляется как очаговыми симптомами, так и умеренными эмоционально-волевыми и когнитивными расстройствами. Дисциркуляторная энцефалопатия 3 ст. часто проявляется выраженными очаговыми симптомами, интеллектуально-мнестическими нарушениями, психическими расстройствами (острые психозы), эписиндромом.

Инструментальная диагностика поражения головного мозга при СКВ должна включать в себя те же тесты и исследования, которые проводятся у неревматологических пациентов с подобными симптомами поражения нервной системы, т.е. ультразвуковые методы исследования экстра- и интракраниальных отделов магистральных сосудов головы, магнитно-резонансную ангиографию, МР-ангиографию, электроэнцефалографию, нейропсихологическое тестирование и др.

К сожалению, на сегодняшний день не существует ни одного безусловного специфического критерия для диагностики церебрального поражения в рамках СКВ, даже самые информативные, такие как ангиография и биопсия мозга и мозговых сосудов, кроме того, что являются опасными для больных СКВ инвазивными вмешательствами, могут быть информативными не более чем в 50% случаев.

Диагностика поражения головного мозга при СКВ основывается на комплексе данных – лабораторных, иммунологических, клинических неврологических, визуализационных, ультразвуковых, результатах нейропсихологического тестирования. Лечение больных СКВ с психоневрологической симптоматикой должно включать в себя, помимо препаратов и мероприятий, направленных на лечение основного процесса, те же средства, которые используются у неревматологических пациентов с подобными симптомами поражения ЦНС.

## ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У СОТРУДНИКОВ КАЛИНИНСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ

А.В. Пищугина, Н.А. Белякова, А.Г. Иванов

ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» МЗ РФ

**Цель исследования.** Изучить распространенность заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) у сотрудников предприятия атомной энергетики и среди отдельных контингентов трудоспособного населения йоддефицитного Тверского региона.

**Материалы и методы.** Проведено комплексное обследование 681 человека трудоспособного населения г. Твери и Удомельского района Тверской области, изучены структурные (УЗИ) и функциональные характеристики ЩЖ, а также проанализированы данные официальной статистики за 2010-2011 гг. Были сформированы три группы, сопоставимые по возрасту, полу и длительности проживания в единых экологических условиях: 1-ю составили сотрудники Калининской атомной электростанции (КАЭС); 2-ю – субподрядные организации Удомельского района (НИАЭП) со сходными условиями труда, но вне контакта с источниками ионизирующего излучения (ИИИ), и 3-ю группу – работники Тверского вагоностроительного завода (ТВЗ). Сравнимые группы различались по кратности и объему периодических медицинских осмотров: 1-я группа – ежегодно, 2-я и 3-я группы – 1 раз в 2 года.

**Результаты и обсуждение.** По результатам проведенного обследования, патологию ЩЖ име-

ли 13-15% обследованных, 98-99% находились в эутиреоидном состоянии. В структуре патологии в большинстве случаев (66,6-61,1-54,3%) отмечались узловые образования в ЩЖ, в 26,7-25,0-36,4% случаев – аутоиммунный тиреоидит и 2-3% сотрудников всех предприятий были оперированы ранее по поводу заболеваний ЩЖ. По данным официальной статистики, показатель заболеваемости патологией ЩЖ среди работающих на КАЭС в 2 раза превышает данные по Тверской области (121,6 против 46,7 соответственно;  $p < 0,01$ ). По результатам данного исследования, уровень заболеваемости патологией ЩЖ в сравниваемых группах работающего населения статистически не различался (130,4-156,5-159,1 соответственно), в группе КАЭС соответствовал официальным данным по ЛПУ (130,4-121,6), однако в группах НИАЭП и ТВЗ достоверно превышал их (156,5-76,3 и 159,1-52,1 соответственно;  $p < 0,01$ ). Таким образом, распространенность и структура заболеваний ЩЖ у сотрудников КАЭС сопоставима с аналогичными показателями работающего населения Тверского региона, занятого в других сферах профессиональной деятельности вне контакта с ИИИ. Показатели заболеваемости, по данным официальной статистики, обусловлены обращаемостью населения за медицинской помощью.

## ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ: ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ

В.Я. Плоткин, С.В. Азанчевская, Т.Э. Иващенко, М.А. Тимошина, И.Н. Костючек,  
З.А. Зарипова, М.Е. Степанянц, З.Д. Бобровская, К.Л. Сергеева

ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет»  
ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия», Санкт-Петербург

### Цель работы.

Определить роль энтеровирусной инфекции (ЭВИ) и генетического полиморфизма (TNFA, MMP1, MMP3ДТ53, rs2824292) в развитии острого коронарного синдрома (ОКС).

### Методы исследования.

Относительное количество антигенов энтеровирусов (ОКАЭВ) Коксаки В1-В6, ЕСНО 1-32, Энтеро 68-71 определяли в крови с помощью модифицированной реакции связывания комплемента у 208 больных: 27 пациентов с неста-

бильной стенокардией (НС), 48 – с неосложненным инфарктом миокарда (ИМ), 133 – с ИМ, осложненным отеком легкого (25 пациентов), кардиогенным шоком (КШ) – 64 пациента, разрывом миокарда (РМ) – 30 пациентов, нарушениями ритма и проводимости (НР) – 14 пациентов, в ткани миокарда (94 пациента) и коронарных артерий (24 пациента), умерших от КШ и/или РМ. Наряду с этим в срезах ткани миокарда с наличием антигенов ЭВ (47 пациентов, умерших от КШ, и 13 пациентов, умерших от РМ) иммуногистохимическим методом определяли общий антиген капсида ЭВ-В VP1. Методом ПЦР-ПДРФ определяли частоты однонуклеотидных полиморфизмов –238G/A, –308G/A гена TNFA (89 пациентов), 1G/2G гена MMP1 (97 пациентов), 5G/6G гена MMP3 (152 пациента), Arg72Pro гена TP53 (94 пациента) и G/A полиморфного локуса rs2824292 (204 пациентов).

**Результаты.** ОКАЭВ в группе больных ИМ, осложненным КШ и РМ ( $0,42 \pm 0,04$  отн. ед.) значимо превышало ОКАЭВ как пациентов с НС ( $p < 0,0001$ ), так и больных неосложненным ИМ ( $p < 0,032$ ). ОКАЭВ в зонах некроза миокарда пациентов, умерших от КШ ( $0,54 \pm 0,18$  отн. ед.;  $p < 0,0001$ ) и/или РМ ( $0,46 \pm 0,15$  отн. ед.;  $p < 0,0008$ ), значимо превышало ОКАЭВ в интактных зонах миокарда этих же больных ( $0,30 \pm 0,10$  и  $0,26 \pm 0,10$  отн. ед. соответственно). ОКАЭВ в коронарных артериях, снабжающих зоны некроза 24 пациентов, умерших от КШ ( $0,44 \pm 0,18$  отн. ед.;  $p < 0,01$ ), было значимо выше, чем в артериях вне зоны некроза ( $0,29 \pm 0,19$  отн. ед.;  $p = 0,01$ ) и в коронарных артериях пациентов, умерших от разрыва миокарда ( $0,26 \pm 0,10$  отн. ед.;

$p = 0,04$ ). В 38 из 47 вирус-положительных срезах ткани миокарда пациентов, умерших от КШ, и в 12 из 13 вирус-положительных срезах пациентов, умерших от РМ, обнаружен белок капсида ЭВ VP1, что свидетельствует о наличии активной вирусной инфекции. При исследовании полиморфизма G/A локуса rs2824292 в группе больных НС при наличии ЭВИ частота генотипа GG составила 41,2%, GA – 35,3%, AA – 23,5%, аллелей G – 58,8% и A – 41,2%. При наличии ЭВИ среди пациентов с ИМ, осложненным РМ, генотипы GG, GA, AA встречались с частотой 19%, 76,2% и 4,8%; аллели G и A – 57,1% и 42,9%; при осложнении ИМ нарушениями ритма частота генотипов GG, GA, AA составила 50%, 12,5% и 37,5%; аллелей G и A – 56,25% и 43,75%. При этом на фоне ЭВИ частота генотипа GA у пациентов с ИМ, осложненным РМ, была значимо выше, чем в группах ИМ с нарушениями ритма ( $P = 0,005$ ) и НС ( $P = 0,03$ ). В отсутствие ЭВИ значимых различий частот генотипов и аллелей во всех исследуемых группах не наблюдалось. Полиморфизмы –238G/A, –308G/A (TNFA), 1G>2G (MMP1), 5A>6A (MMP3), и Arg72Pro (TP53) не ассоциировались с наличием или отсутствием ЭВИ, НС, ИМ, развитием осложнений ИМ и прогнозом заболевания.

**Выводы.** Энтеровирусная инфекция участвует в патогенезе ОКС, способствует развитию кардиогенного шока и разрыва миокарда. У пациентов с ИМ на фоне ЭВИ полиморфизм GA rs2824292 ассоциирован с разрывом миокарда. Полиморфизм генов TNFA, MMP1, MMP3 и TP53 не ассоциирован с наличием или отсутствием ЭВИ, НС, ИМ, развитием осложнений ИМ и прогнозом заболевания.

## ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

<sup>1</sup>Е.Г. Порошина, <sup>2</sup>И.В. Вологодина

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» МЗ РФ, Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Оценить влияние тревожно-депрессивных расстройств на приверженность к проводимой терапии у пациентов старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

**Материалы и методы.** В исследование включен 71 пациент старческого возраста с ИБС, осложнен-

ной ХСН III ФК (NYHA): 1 группа – 46 больных с тревожно-депрессивными расстройствами, 2 группа – 35 больных без аффективных расстройств (AP). Группы сопоставимы по полу и возрасту. Определение приверженности лечению проводили с помощью индекса комплаентности и специального опросника для больных с ХСН. Клинический статус



оценивали по шкале оценки клинического состояния (ШОКС, Мареев В.Ю., 2000). Всем больным выполнены эхокардиография, тест 6-минутной ходьбы (ТШХ). Психический статус оценивали при помощи теста СМОЛ, теста Бека, шкалы Гамильтона и шкалы Спилбергера-Ханина.

**Результаты.** У пациентов обеих изучаемых групп приверженность к лечению была невысокой. У пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами приверженность к лечению была достоверно ниже: количество баллов по опроснику составило  $12,3 \pm 0,6$  (95% ДИ от 11,1 до 13,5) у пациентов с АР и  $17,1 \pm 0,6$  (95% ДИ от 15,9 до 18,2) у пациентов без АР ( $p < 0,05$ ). По тесту 6-минутной ходьбы результат был достоверно ниже у пациентов с АР: пройденная дистанция составила у пациентов 1 группы  $134,1 \pm 2,1$  м (95% ДИ от 129,8 до 138,4) и  $153,1 \pm 4,2$  м

(95% ДИ от 144,6 до 161,7) ( $p < 0,01$ ). По тесту Бека у пациентов с аффективными расстройствами выявлена умеренная депрессия, количество баллов составило у пациентов 1 группы  $8,3 \pm 0,2$  (95% ДИ от 7,3 до 9,2), у пациентов 2 группы –  $23,4 \pm 0,4$  (95% ДИ от 23,7 до 25,1). Сходные изменения получены по шкале Гамильтона и по тесту СМОЛ. По шкале Спилбергера-Ханина у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами количество баллов было достоверно больше, что свидетельствовало о более высоком уровне реактивной и личностной тревожности.

**Выводы.** Таким образом, тревожно-депрессивные расстройства оказывают негативное влияние на приверженность проводимой терапии и физическую активность пациентов старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью.

## ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Н.П. Потехин, А.Н. Фурсов, С.В. Чернавский, И.Н. Дроздова  
ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь  
имени академика Н.Н. Бурденко» МО РФ, Москва*

В настоящее время доказано, что метаболический синдром (МС) является фактором риска развития ишемической болезни сердца. Нами проведена оценка состояния коронарных артерий у 94 больных (78 мужчин, 6 женщин) с метаболическими нарушениями, средний возраст которых составил  $49,2 \pm 3,1$  года. Диагноз МС устанавливали соответственно рекомендациям ВНОК 2009 г.

По результатам проведенного обследования у 44 (46,8%) всех обследованных выявлены признаки начального атеросклеротического поражения коронарных артерий. Диффузные изменения были у 6 (6,4%) больных, поражение одной коронарной артерии – у 20 (21,3%), поражение двух и трех коронарных артерий – у 15 (15,9%) и 3 (3,2%) обследованных соответственно.

При оценке клинических вариантов МС у больных с сочетанием абдоминального ожирения (АО), артериальной гипертензии (АГ) и дислипидемии (ДЛП) диффузное поражение коронарных артерий

отмечено у 1 (1,1%) обследованного, поражение одной коронарной артерии – у 7 (7,4%) больных, а поражение двух коронарных артерий у 3 (3,2%). В группе больных МС, представленного в виде сочетания АО, АГ и нарушенной толерантности к глюкозе (НТГ), диффузные изменения коронарных артерий выявлены у 1 (1,1%) больного, поражение одной коронарной артерии – у 5 (5,4%), поражение двух коронарных артерий – у 4 (4,2%) обследованных. При классическом варианте МС (АО+НТГ+ДЛП+АГ) диффузное поражение коронарных артерий диагностировано у 4 (4,2%) больных, поражение одной коронарной артерии – у 8 (8,5%) обследованных, а поражение двух и трех коронарных артерий – у 8 (8,5%) и 3 (3,2%) больных соответственно.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что степень и выраженность поражения коронарных артерий у больных метаболическим синдромом зависит от сочетания его компонентов.

## РОЛЬ СИСТЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ УБОРКИ И ДЕЗИНФЕКЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*Д.В. Разумова*

*ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург*

Одной из важных проблем медицинского обеспечения является система уборки лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), целью которой является обеспечение эпидемиологической безопасности, сервис, качество обслуживания пациентов. Кроме того, потребность в чистоте, а для ЛПУ чистота трактуется как элемент эпидемиологической безопасности, считается физиологической необходимостью макроорганизма (человека), а следовательно, обязательным условием процесса жизнедеятельности, а тем более лечебного процесса и в целом выздоровления.

Имеющаяся в настоящее время система (модель) уборки ЛПУ включает устаревшую, трудоемкую технологию уборки, изношенный и технически устаревший инвентарь, высокую вероятность ошибки, сложность контроля, текучесть младшего персонала, что не может не отразиться на качестве обслуживания. Следствием этого является простой коечного фонда, неудовлетворительное санитарно-гигиеническое состояние поверхностей и помещений в целом, быстрый износ поверхностей (линолеум, пластик и прочие), дефицит младшего персонала, эпидемиологически трудно прогнозируемый и не управляемый процесс распространения внутрибольничных инфекций.

В ФГБУЗ КБ №122 им. Л.Г.Соколова ФМБА России в июне 2010 г. внедрена новая система профессиональной уборки (система предварительной импрегнации мопов, салфеток). Весь технически устаревший инвентарь заменен на новый профессиональный, введена «безотжимная» технология

уборки, исключая использование ведер и тряпок. Для обработки напольных покрытий и обеззараживания помещений используются специальные швабры с насадками и салфетки для поверхностей, дифференцированные по цвету в зависимости от назначения. Стирка, дезинфекция, сушка использованных насадок осуществляется автоматически в профессиональных машинах с автоматическим дозированием профессиональных моющих и дезинфицирующих средств.

Качество внедренного проекта было оценено в динамике путем микробиологических исследований объектов окружающей среды и показало свою эффективность. Кроме того, новая методика экономит время персонала: теперь производить уборку можно в два раза быстрее, при этом качество ее не страдает. Контроль качества уборки стал систематизированным: существуют как субъективные показатели соблюдения технологии уборки (цветовая кодировка насадок и указания, как часто их менять), так и объективные, включающие специальную систему оценки по определенным параметрам (точкам контроля). И, наконец, профессиональная система уборки экономичнее как в расходе воды (по расчетам, более чем в 20 раз), так и в расходе моющих, чистящих и дезинфицирующих средств.

Таким образом, внедрение системы профессиональной уборки позволило повысить ее эффективность и обеспечить эпидемиологическую безопасность как один из показателей качества оказываемой пациенту услуги.

## КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА УБОРКИ И ДЕЗИНФЕКЦИИ ЛПУ – ENCOMPASS

*Д.В. Разумова, А.Н. Дрыгин*

*ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург*

Существующие до настоящего момента способы контроля качества проводимой уборки ЛПУ не всегда удовлетворяют потребностям заказчика и исполнителя. Субъективные способы, такие как визуальный контроль качества уборки подразделений, оценка качества работы по числу расходуемого материала – просты, но относительно доказуемы, имеют преимущественное влияние человеческого фактора. Другой объективный метод – микробиологический мониторинг – достоверен, высокоинформативен, но ретроспективен, дорог, имеет определенную периодичность исполнения и не позволяет своевременно предпринять те или иные профилактические меры.

Проведена апробация инновационной системы мониторинга оценки качества уборки помещений EnCompass и показана ее эффективность.

В апреле-июне 2012 г. отделом профилактической дезинфекции ФГБУЗ КБ №122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России была апробирована система мониторинга оценки качества уборки помещений EnCompass (ECOLAB, Германия). В качестве объектов контроля системы мониторинга оценки качества уборки помещений ЛПУ EnCompass были взяты палатные помещения и прилегающие к ним санитарно-технические комнаты.

Кочный фонд ФГБУЗ КБ №122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России составляет 564 койки. В период с апреля по июнь 2012 года было обследовано 93 помещения (палата и санузел), что составило 16% кочного фонда. До начала уборки производилась маркировка поверхности объектов, подлежащих исследованию. Маркировка вышеперечисленных объектов повышенного риска осуществлялась с помощью Fluorescent Marking Gel DAZO (флуоресцентный маркирующий гель Дазо в боксах с аппликатором объемом 2 миллилитра), предназначенного для маркировки поверхностей только в одном помещении. Гель при высыхании невидим, не вызывает повреждений материалов исследуемых поверхностей (пластик, металл, керамика и т.п.). После уборки маркированных помещений осуществлялось считывание контролируемых точек на предмет отсутствия либо наличия следов маркера. Полное отсутствие следов маркера трактовалось как качественное проведение уборки. Наличие следов маркера (его остатков) говорило о ненадлежащем

качестве выполненных работ. Получаемые данные о контролируемых точках, палатах, а также имени сотрудника, проводившего уборку, заносились в информационную базу данных для последующей обработки с помощью программных методов расчета. Число маркированных контрольных точек (поверхностей) за весь период исследования составило 1629.

На первом этапе исследования произвели маркировку объектов повышенного риска в палате без пациентов, уборку не проводили и через 24 часа определили наличие свечения контрольных точек.

На втором этапе исследования в двухнедельный период производили маркировку объектов в палатах и оценку результатов в течение 24 часов после уборки. Оценка показала неудовлетворительное качество уборки таких эпидемически значимых объектов, как выключатели, перила ванны и туалета, ручки дверей, сиденье унитаза, кнопка смыва унитаза. Число маркированных поверхностей составило 322, средняя степень качественно выполненных работ уборки помещений – 68%.

Спустя две недели наблюдений персоналу, осуществляющему уборку контролируемых помещений, разъяснили суть и цель проводимого исследования и продолжили исследование в течение двух месяцев.

Заключительный результат показал резкое снижение числа неудовлетворительно оцененных работ. Число маркированных поверхностей составило 1307, средняя степень качественно выполненных работ уборки помещений увеличилось.

Было установлено, что внедрение метода оценки качества уборки и дезинфекции позволило повысить эффективность очистки 15 из 17 объектов повышенного риска ( $p < 0,001$ ), при этом достоверно повысилось качество мытья выключателей, колес кроватей, перил ванны и туалета, раковин, ручек прикроватных столиков.

Важным моментом явилась мотивация персонала, осуществляющего дезинфекцию поверхностей. Результаты мониторинга оценки качества уборки помещений с помощью системы EnCompass были использованы как критерии оценки качества выполняемых работ при распределении ежеквартальной стимулирующей надбавки персоналу, осуществляющему уборку.

Апробация метода контроля качества уборки помещений ЛПУ с помощью системы EnCompass показала, что метод является быстрым, стандартизированным, технически простым, объективным и экономичным, позволяет своевременно, оперативно предпринять

меры санитарно-гигиенического характера в ЛПУ.

Результаты исследования позволили внедрить систему оценки качества уборки помещений ЛПУ EnCompass (ECOLAB, Германия) в практику повседневной работы ЛПУ.

## ПАНИКУЛИТ ВЕБЕРА-КРИСЧЕНА И СЕПСИС КАК ВЗАИМОСВЯЗАННЫЕ СОСТОЯНИЯ

*А.П. Ребров, И.З. Гайдукова*

*ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет  
им. В.И. Разумовского» МЗ РФ, Саратов*

Сочетание панникулита Вебера-Крисчена (ПВК) и сепсиса может представлять диагностические сложности, в связи с этим мы представляем собственные клинические наблюдения сочетания данных нозологических форм с анализом особенностей их течения.

Пациентка Я. Диагноз ПВК выставлен в возрасте 37 лет на основании наличия гиподермальных узлов, данных гистологического исследования (панникулит 2 ст.), лихорадки, лейкопении, нарушения функции печени. Лечение НПВП, глюкокортикоидами, базисными препаратами (метотрексат, циклофосфан, азатиоприн, купренил), гепатопротекторами с временным неполным эффектом. В возрасте 41 года на фоне приема 20 мг преднизолона рецидив лихорадки с ознобами (до 40°C), лейкопения (1,8-2,2 тыс. в мкл), увеличение трансаминаз до 4-5 норм. Доза преднизолона увеличена до 1 мг/кг, через 3 суток наблюдалось самопроизвольное вскрытие одного из узлов (посев отделяемого узла и крови выявил золотистый стафилококк), антибактериальная терапия с эффектом – подкожный абсцесс санирован и зажил, температура тела снизилась до субфебрильных значений, купировались ознобы, многократно получены стерильные посева крови. Симптомы ПВК без динамики – появлялись новые гиподермальные узлы, сохранялись лейкопения и субфебрилитет. Через 3 месяца пациентка погибла в условиях бытропрогрессирующей печеночной недостаточности.

Пациентка П. С 50 лет – лихорадка, появление гиподермальных узлов, лейкопения, нарушение функции печени. Амбулаторно выставляли диагнозы: абсцессы мягких тканей, узловатая эритема, недифференцированный васкулит – лечение без

эффекта. В возрасте 51 года – вскрытие одного из узлов, в посевах отделяемого узла и крови выделен золотистый стафилококк, выставлен диагноз «сепсис, абсцесс мягких тканей плеча». Антибактериальная терапия привела к санации очагов инфекции, не оказав влияния на остальную клиническую картину (появление новых гиподермальных узлов, лихорадка, лейкопения, быстро нарастающее нарушение функции печени). Гистология подкожного узла – панникулит 2 ст., выставлен диагноз ПВК, начато лечение глюкокортикоидами в высоких дозах, гепатопротекторами, после нормализации функции печени – метотрексатом 15 мг/нед. с плаквенилом 200 мг в сутки. На фоне цитостатической терапии наблюдалось разрешение кожного процесса с формированием втянутых рубцов с кожной атрофией в центре, нормализация ОАК. В течение последующих 1,5 лет доза преднизолона снижена до 10 мг/сутки без ухудшения.

Особенностями ПВК в обоих случаях являлось наличие непрерывно рецидивирующего кожного процесса с нарушением функции печени и лейкопенией. Пациенты с указанными особенностями заболевания являются лицами высокого риска развития вторичных инфекционных осложнений, в том числе сепсиса стафилококковой этиологии, что, видимо, определяется формированием при данном заболевании вторичной иммуносупрессии.

**Заключение.** Особенности клинической картины ПВК и сепсиса могут определять сложности диагностики одного из указанных заболеваний в случае их сочетания. У всех лихорадящих пациентов с ПВК септический процесс должен исключаться вне зависимости от длительности заболевания и числа предшествующих рецидивов.



## ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ КОНТИНГЕНТА С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ПРОФПАТОЛОГИИ ПРИ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

*В.Р. Рембовский, Л.В. Янно, А.А. Павлова, Т.А. Конева*

*ФГУП «Научно-исследовательский институт гигиены, профпатологии  
и экологии человека» ФМБА России, Санкт-Петербург*

На сегодняшний день на химических предприятиях, медицинское сопровождение которых осуществляется МСЧ, профцентрами ФМБА России, используется целый комплекс токсических веществ с разнонаправленным механизмом действия (общетоксическое, гематотоксическое, иммунотоксическое, канцерогенное, мутагенное, тиреотоксическое и др.). В основном это химические предприятия, работники которых задействованы в выполнении целевых программ «Уничтожение запасов химического оружия в Российской Федерации», «Промышленная утилизация вооружения и военной техники на 2011-2013 годы и на период до 2015 года».

При проведении работ, связанных как с уничтожением химического оружия, так и с ликвидацией и утилизацией стратегических ракетных комплексов, ракетно-космических систем и компонентов ракетных топлив, не исключена возможность острых и хронических поражений персонала токсичными веществами. Состояние здоровья человека, находящегося на рабочем месте, не всегда соответствует состоянию полной нормы. Небольшие отклонения в состоянии здоровья (донозологический уровень, преморбидное состояние) не дают оснований для отстранения от работы. Однако эти состояния могут привести не только к ухудшению здоровья человека, но и к социальным последствиям, так как около 80% всех нештатных ситуаций связаны с человеческим фактором. На химических предприятиях, медицинское сопровождение которых осуществляют МСЧ ФМБА России, наиболее часто встречаются хронические профессиональные отравления, причиной которых является длительная работа в условиях относительно невысоких концентраций (незначительно превышающих ПДК) вредных веществ. В их развитии важное значение имеет кумуляция токсических веществ (материальная и функциональная). В результате материальной кумуляции яды могут накапливаться в костях, паренхиматозных органах, подкожной клетчатке (например, свинец, алюминий и др.). Под влиянием дополнительных факторов (стресс, инфекции, значительные физические нагрузки и др.) возможен выход накопившихся веществ из

депо, что приводит к развитию клинических признаков отравления различной степени выраженности. Все токсические вещества оказывают отрицательное воздействие на иммунную систему. Особенно риску развития профессиональных заболеваний в результате воздействия химических токсикантов в условиях относительно не высоких концентраций в первую очередь подвергаются лица с повышенной, генетически обусловленной, индивидуальной чувствительностью к ним. Сочетание химического и психического факторов, наличие экстремальной деятельности по условиям труда, личностная и биологическая предрасположенность повышают риск формирования заболеваний, обусловленных длительным воздействием химических веществ. Условно ответные реакции организма на воздействие неблагоприятных факторов еще до развития выраженных клинических симптомов (на начальных стадиях интоксикации) могут проявляться отклонениями, обнаруживаемыми при использовании только современных клиничко-лабораторных и инструментальных методов исследования. Обследование по поводу возможной связи выявленной патологии с условиями труда больного на производстве, динамическое наблюдение за профессиональными больными на предмет развития у них отдаленных последствий, в том числе и опухолевых заболеваний, обследование больного перед направлением на МСЭК требует более углубленного обследования, выходящего за рамки стандартной программы, предусмотренной страховой медициной. Решение этих вопросов требует проведения дополнительных консультаций специалистов, использования дорогостоящих методов исследования (МРТ, КТ, ЭЭГ, иммунологические, цитогенетические методы, определение уровня гормонов и др.), повторных исследований у одного и того же пациента.

Отсутствие дополнительного финансирования не позволит при необходимости провести более углубленное обследование работников с признаками заболеваний, включенных в «Перечень профессиональных заболеваний», установленных при периодических медицинских осмотрах.

Именно эта категория лиц нуждается в уточнении этиологии заболевания с последующим динамическим наблюдением и индивидуальном подходе при решении вопроса о дальнейшей производственной деятельности.

Профессиональные больные в связи с поражением у них нескольких органов и систем организма требуют применения дорогостоящих методов терапии как лекарственной, так и не медикаментозной (галотерапия, баротерапия, гемодиализ крови и т.д.). Поэтому объем обследования и лечения работников химических предприятий, профессиональных больных возрастает по сравнению с обычными больными в несколько (5-6) раз.

Отсутствие целевого сверхнормативного финансирования делает выполнение дополнительных профпатологических исследований на необходимом уровне невозможным. В свою очередь, установление связи заболевания с профессиональной деятельностью без углубленных обследований как на уровне МСЧ, так и центров Профпатологии ФМБА России не может быть доказательным ни для органов социального обеспечения, ни для обследуемого.

Юридические аспекты экспертизы связи заболевания с профессиональной деятельностью накладывают ответственность на медицинское учреждение при вынесении экспертного вопроса.

Таким образом, к числу специальных видов медицинской помощи, предназначенной для кон-

тингента с высоким риском развития химической профпатологии, требующих дополнительного финансирования, следует отнести:

- 1) оказание помощи при острых и хронических интоксикациях химическими веществами на производстве
- 2) обследование по поводу экспертизы связи заболеваний с профессией
- 3) динамическое наблюдение за профбольными, обследование профбольных перед направлением на МСЭК
- 4) проведение предварительных и периодических медицинских осмотров
- 5) приобретение медикаментов для профбольных
- 6) улучшение материально-технической базы МСЧ, центров профпатологии, приобретение оборудования, реактивов.

Следовательно, решение вопроса о целевом финансировании мероприятий, связанных со специальной профпатологией, представляется чрезвычайно важным, т.к. существующая система обязательного медицинского страхования в настоящее время выполнить эту функцию не готова.

Использование Стандартов для обоснования диагноза и степени нарушения функций крайне затруднено из-за выраженных индивидуальных различий в реакциях на воздействие химических соединений, обусловленных длительностью экспозиции и особенностью чувствительности индивидуумов к химическим веществам.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИМФАДЕНОПАТИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

*В.В. Рипачев, Е.А. Трофимов, Е.С. Жугрова, А.М. Лиля*

*ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург*

**Цель исследования:** изучить течение лимфаденопатии (ЛАП) у больных ревматоидным артритом (РА) в сопоставлении с активностью заболевания.

**Материалы и методы.** В течение 12 месяцев наблюдали 73 пациента с активным ревматоидным артритом (DAS28 >3,1), у которых выявлена лимфаденопатия. Выполняли подсчет числа увеличенных и болезненных лимфатических узлов, а также с помощью методов лучевой диагностики изучали случаи увеличения внутригрудных и абдоминальных лимфатических узлов. Кроме того, всем пациентам проводили рентгенологическое исследование для оценки состояния дыхательной системы. Терапию

пациентам осуществляли согласно национальному руководству.

**Результаты.** В 65 случаях (89%) ЛАП носила генерализованный характер (вовлечение лимфатических узлов двух и более анатомических областей). У 5 пациентов (6,8%) выявлена спленомегалия, у 6 пациентов (8,2%) – увеличение внутригрудных (размер <20 мм) и в 6 случаях (8,2%) – увеличение абдоминальных (размер <15 мм) лимфатических узлов. В 10 случаях (13,7%) наблюдалось увеличение периферического лимфатического узла более 25 мм. Во всех случаях количество увеличенных и болезненных лимфатических узлов коррелировало с

активностью заболевания (DAS28). У всех пациентов исключали специфические инфекционные процессы. В одном случае выявленная внутригрудная ЛАП, расцененная как следствие перенесенной респираторной инфекции, и у одной больной выявлена карцинома молочной железы. Во всех остальных случаях ЛАП стратифицирована как реактивная на фоне основного заболевания.

Во всех случаях при гистологическом исследовании выявлена фолликулярная гиперплазия с увеличением числа и размеров вторичных фолликулов (гиперактивность В-клеток). С использованием

методов иммуногистохимического исследования исключена онкологическая патология.

**Заключение.** У больных РА на разных этапах ЛАП встречается более, чем в 50% случаев. Чаще всего ЛАП является следствием активности основного заболевания, но может быть и следствием онкологических или инфекционных заболеваний. При выявлении выраженной ЛАП у больного РА для проведения дифференциальной диагностики необходимо выполнить биопсию с морфологическим и иммуногистохимическим исследованием.

## АНАЛИЗ КОМОРБИДНОГО ФОНА У МУЖЧИН С ОСТЕОПОРОЗОМ В ЯКУТСКЕ

Д.Г. Румянцева

ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М. К. Аммосова», Якутск

Остеопороз (ОП) считают заболеванием женщин в постменопаузе. Однако у молодых мужчин встречается ОП и факторы риска, приводящие к ОП в последующем. 30% всех остеопоротических переломов бедра в мире происходят у лиц мужского пола. Вторичный ОП, который встречается гораздо реже и составляет лишь 5% случаев, возникает под влиянием одной из ряда причин. Такими причинами могут быть воздействие некоторых лекарственных препаратов, например стероидов, на процесс образования кости. Также возможно развитие ОП в результате действия избыточного количества гормонов, что наблюдается при таких эндокринных заболеваниях, как гипертиреозидизм (гиперфункция щитовидной железы), и синдром Кушинга.

Установлено, что в условиях Крайнего Севера (на примере Якутска) частота переломов превышает среднероссийскую в 1,5 раза, их экспоненциальный рост у мужчин наступает на 5 лет позже, чем у женщин и мужчин в среднем по России.

**Цель исследования:** изучить факторы риска ОП у мужчин; выявить признаки дефицита кальция.

**Материалы и методы.** Обследовали 119 мужчин (осмотр, денситометрия, анкетирование по тесту FRAX), пациентов городского ревматологического центра и поликлиники №1 Якутска за 2009-2011 гг.

**Результаты.** Денситометрия у пациентов <40 лет: ОП 2,3%, ОПе 44,4%, норма 53,3%; у пациентов 41-60 лет: ОП 13,4%, ОПе 26,6%, норма 60,0%. Средний возраст группы с ОП 66,83, ОПе 43,79, норма 43,67.

Корреляция МПКТ и ИМТ: ОП - $r=0,52$ ,  $g=0,14$ ; ОПе - $r=0,62$ ,  $g=-0,07$ ; норма - $r=0,05$ ,  $g=0,27$ .

Среди сопутствующих хронических заболеваний на первом месте заболевания желудочно-кишечного тракта (ОП 69,3%, ОПе 37,6%, норма 61,1%); на втором месте заболевания почек (ОП 7,7%, ОПе 29,2%, норма 11,1%); далее болезни печени (ОП 7,7%, ОПе 25,0%, норма 11,1%); заболевания эндокринной системы (ОП 15,3%, ОПе 4,1%, норма 16,7%); болезни костей (ОПе 4,1%).

Прием КС более 3 мес.: ОП 26,0%, ОПе 10,4%, норма 4,1%; прием антацидов: ОП 12,3%, ОПе 8,3%, норма 4,1%. Потребление антацидов: ОП 12,3%, ОПе 8,3%, норма 4,1%, НПВС: ОПе 12,5%, норма 10,4%.

Среди признаков дефицита кальция выявлены боли в костно-мышечной системе (ОП 95,6%, ОПе 68,7%, норма 54,1%); заболевания зубов и десен (ОП 91,3%, ОПе 70,8%, норма 58,3%); ломкость волос (ОП 43,5%, ОПе 22,9%, норма 12,5%). Переломы костей в типичных для ОП местах у группы ОП 27,7%, ОПе 37,0%. Переломы костей всех локализаций – ОП 78,2%, ОПе 56,2%, норма 50,0%. При анализе наследственности ОП у близких родственников в группе ОП 17,3%, ОПе 10,4%.

Средние значения Т-критерия и физической активности: <30 мин. в день – ОП: -3,62 [-5,2; -2,5], ОПе: -1,71 [-2,3; -1,1], норма: 0,30 [-0,7; 1,6]; около 1 часа – ОП: -4,42 [-7,1; -2,5], ОПе: -1,7 [-2,3; -1,0], норма: 0,36 [-0,9; 2,4]; >1 часа – ОП: -3,46 [-4,5; -2,7], ОПе: -1,47 [-4,5; -2,7], норма: 0,19 [-1; 2,4]. Иммобилизация в анамнезе >2 мес: ОП 21,7%, ОПе 8,3%, норма 4,1%.

Переломы костей в анамнезе: ОП 78,2%, ОПе 56,2%, норма 50,0%. Переломы в местах, типичных для ОП: ОП 27,7%, ОПе 37,0%, норма 0%. Наследственность: ОП у близких родственников: ОП 17,3%, ОПе 10,4%, норма 0%. ОП переломы у близких родственников: ОП 21,7%, ОПе 20,8%, норма 14,5%.

**Выводы.** 1. Сопутствующие заболевания ЖКТ (69,3%) и прием КС в течение длительного пе-

риода (26,0%) препятствуют адекватному всасыванию кальция в организм человека. 2. Боли в костях и суставах являются важнейшим критерием начинающегося патологического процесса в костной ткани. 3. Низкая физическая активность ( $T = -3,62$ ) и длительная иммобилизация (21,7%) говорят о повышенном риске переломов; 4. 39,0% пациентов имеют отягощенную наследственность по ОП.

## ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ *HELICOBACTER PYLORI*

<sup>1</sup>О.А. Саблин, <sup>2</sup>Н.В. Михайлов, <sup>3</sup>А.В. Сварваль

<sup>1</sup>ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никитичева» МЧС России, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>ООО «Лаборатория иммунобиологических исследований», Санкт-Петербург

<sup>3</sup>НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера

Резистентность *Helicobacter pylori* (HP) к антибиотикам в значительной степени определяет выбор и эффективность эрадикационной терапии. Устойчивость HP к кларитромицину является ключевым предиктором неэффективности эрадикационной терапии I линии. Использование кларитромицина, согласно Четвертому Маастрихтскому соглашению, имеет смысл только в том случае, если первичная устойчивость к этому антибиотику составляет менее 15-20%.

Для оценки уровня резистентности HP к кларитромицину культуральным методом в ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никитичева» МЧС России совместно с НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера и ООО «Лаборатория иммунобиологических исследований» обследованы 49 пациентов (средний возраст  $40,1 \pm 5,2$  лет) с симптомами желудочной диспепсии, наличием эндоскопических признаков хронического гастрита и бактерий HP в слизистой оболочке желудка, выявляемых быстрым уреазным тестом (Biohit-test, Финляндия). Одним из основных критериев включения пациентов в исследование было отсутствие предшествующего приема кларитромицина, амоксициллина, левофлоксацина, нифуратела, метронидазола или тинидазола.

Бактериологическому исследованию подлежали биоптаты слизистой оболочки антрального отдела желудка, взятые при ФГДС в асептических условиях. В качестве основы питательной среды для выделения и культивирования HP использовали Колумбийский агар, в который добавляли 5-7% дефибринированной лошадиной крови и раствор IsoVitalex в концентрации 1%. Инкубацию посевов

осуществляли в микроаэрофильных условиях при содержании кислорода около 5% с использованием анаэроостатов системы GasPak 100, газогенерирующих пакетов типа GasPak. Сроки формирования колоний при 37°C при первичном высеве составляли 5-7 суток. На 5-7-е сутки колонии *H. pylori*, полученные в результате первичного посева биопсийного материала, использовали для приготовления мазков и окраски их по Граму, постановки уреазного, оксидазного и каталазного тестов.

Антибиотикорезистентность выделенных штаммов HP определяли с помощью диско-диффузионного метода, основанного на регистрации диаметра зон задержки роста чистой культуры микроорганизмов вокруг бумажного диска с антибиотиком.

В ходе исследования у 53% обследованных выделены 26 штаммов HP. Обнаружена высокая чувствительность выделенных штаммов HP к кларитромицину и амоксициллину (93,3 и 100% соответственно). Первичную резистентность к кларитромицину имели 7,7% изученных штаммов *H. pylori*, резистентность к амоксициллину определялась, но 19,2% штаммов были охарактеризованы как слабочувствительные.

Наиболее высокая частота первичной резистентности HP отмечена к метронидазолу – 69,2% и к левофлоксацину – 42,3%. Чувствительными к нифурателю оказались 88,5%, а к тинидазолу – 76,9% штаммов *H. pylori*.

Сочетанная резистентность бактерий HP к 3 антибиотикам была выявлена в 12% случаев, к 2 антибиотикам – в 38% случаев.

Полученные данные сопоставимы с частотой выявления первичной резистентности у бактерии HP к



антибиотикам, используемым в схемах эрадикации (кларитромицину, амоксициллину и метронидазолу) в других регионах России.

Таким образом, уровень первичной резистентности НР к кларитромицину у больных с симптомами желудочной диспепсии в Санкт-Петербурге, по данным диско-диффузионного метода, составил 7,7% и не превысил критический уровень 15-20%.

Стандартную тройную эрадикационную терапию I линии, включающую ингибитор протонной помпы + кларитромицин + амоксициллин (но не метронидазол), в том числе и последовательную терапию (5 дней: ингибитор протонной помпы + амоксициллин, затем 5 дней: ингибитор протонной помпы + кларитромицин + тинидазол), актуально рассматривать в качестве основных

схем лечения НР. Использование произвольных схем лечения хеликобактериоза в качестве терапии I линии чревато низкой эффективностью лечения, разочарованием врачей в эрадикационной терапии, ростом резистентных форм НР и других бактерий. При этом отсутствие широких популяционных исследований в России по выявлению резистентности НР к антибиотикам позволяет в большинстве случаев практикующим специалистам «списать» неэффективность эрадикационной терапии на антибиотикорезистентность, оставляя без критического внимания другие важные аспекты лечения, такие как его комплаентность, эффективность желудочной кислотосупрессии, которые также в значительной мере определяют успех антихеликобактерного лечения.

## НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА

*С.В. Савельев, В.В. Чекавская, А.А. Селищева, А.Е. Прощина, Ю.С. Кривова*

*ФГБУ «НИИ морфологии человека» РАМН, Москва  
АНО «Институт биомедицинских проблем», Москва*

Причинами развития сахарного диабета типа 1 (инсулинозависимого диабета, ИЗСД) считаются генетическая предрасположенность, диабетогенные факторы внешней среды, вирусные инфекции и токсические соединения. Главным звеном патогенеза ИЗСД является разрушение В-клеток, которое вызвано длительной и устойчивой гиперпродукцией аутоантител (ауто-АТ). Аутоиммунная реакция, направленная против островков Лангерганса, может быть вызвана как потерей толерантности к антигенам, так и активацией иммунного ответа на поверхностные или секретируемые антигены В-клеток. После запуска этого процесса активизируются гуморальные и клеточные звенья иммунитета.

Однако непосредственная причина начала аутоиммунного разрушения В-клеток островков Лангерганса неизвестна. Для поиска возможных механизмов развития заболевания в работе использованы биохимические параметры ранних фаз развития экспериментального диабета, клинических исследований (120 случаев) и аутопсийный материал (86 случаев). Проведены биохимические и неврологические исследования развития ИЗСД у детей в возрасте от 5 до 17 лет, включая братьев, сестёр и однойцевых близнецов. В аутопсиях идентификация эндокринных клеток выполнена при помощи моноклональных антител к инсулину и глюкагону. На параллельных срезах или при двойном иммуноги-

стохимическом маркировании выявление антигенов нервной системы проводили моноклональными и поликлональными антителами. Были использованы маркеры, характерные для синапсов, поверхностных систем адгезии, внутриклеточного каркаса и метаболических ферментов нейронов.

Установлено, что В-клетки поджелудочной железы человека синтезируют антигены, характерные для ЦНС: SNAP-25, периферии, NCAM, NSE, S-100 и нейрон-специфический  $\beta$ -тубулин III. Наличие у В-клеток основных антигенов, характерных для нервной системы, и их присутствие в периферической крови детей на ранних сроках развития диабета позволило предположить неврологические причины развития ИЗСД. Первичной причиной, запускающей механизм развития заболевания, является изменение проницаемости гемато-энцефалического барьера. Он нарушается при продолжительном или сильном стрессе, заражении вирусами Коксаки В4, краснухи, эпидемического паротита, кори, оспы, при воздействии антибиотиков и токсических веществ. Вирусные и токсические воздействия были исключены в экспериментальных и клинических исследованиях, что позволяет допустить преимущественно стрессорную природу появления аутоантител к белкам центральной нервной системы (ауто-АТ-ЦНС). Гемато-энцефалический барьер ЦНС относительно быстро вос-

становивается после стрессового воздействия. Однако гиперпродукция ауто-АТ-ЦНС сохраняется длительное время, что было установлено в экспериментальных исследованиях на ранних сроках развития ИЗСД. Это приводит к тому, что прямому аутоиммунному воздействию подвергаются любые клетки, содержащие антигены, характерные для ЦНС. В этой ситуации В-клетки поджелудочной железы человека становятся вторичной мишенью

аутоиммунной атаки, поскольку синтезируют не менее пяти белков, характерных для ЦНС. Разрушение островков Лангерганса в результате аутоиммунной атаки, направленной против антигенов ЦНС, приводит к вторичной аутоиммунизации уже белками собственно В-клеток. Начинается хорошо известный этап развития ИЗСД, вызванный активацией иммунного ответа на поверхностные или секретируемые антигены В-клеток.

## ВЛИЯНИЕ ПЕРВИЧНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ НА ДИНАМИКУ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ ОБОИХ ЖЕЛУДОЧКОВ

С.А. Сайганов, О.Г. Хурцилава

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

**Цель исследования:** определить влияние прямой реваскуляризации на динамику острой сердечной недостаточности у больных с инфарктом миокарда нижней локализации при сочетанном поражении правого и левого желудочков.

**Материалы и методы.** Для оценки влияния первичной ангиопластики на течение острой сердечной недостаточности при ИМ нижней локализации и ИМ правого желудочка обследованы 42 человека с Q-образующим ИМ нижней локализации и ИМ правого желудочка, осложненным ОПЖН (19 человек с проведенной ангиопластикой, группа А; 23 человека без реваскуляризации, группа Б). Всем больным в 1-е и 4-е сутки выполняли эхокардиографию. В течение первых 4 суток проводили инвазивный мониторинг центральной гемодинамики.

**Результаты.** Установлено, что кроме снижения сократимости правого желудочка, низкого давления в легочной артерии, у больных с ОПЖН при инфаркте обоих желудочков происходит значимое

снижение сократимости левого желудочка со снижением фракции выброса ( $35,9 \pm 1,06$  и  $36,8 \pm 0,59\%$  в группах А и Б). На 4-е сутки заболевания у всех больных наблюдали улучшение показателей функции правого желудочка, однако прирост давления в легочной артерии был больше в группе А ( $5,2 \pm 0,51$  и  $3,2 \pm 0,26$  мм рт. ст. в группах А и Б соответственно;  $p < 0,01$ ). Эхокардиографическое исследование показало в динамике увеличение фракции выброса левого желудочка в группе А ( $35,9 \pm 1,06$  и  $40,2 \pm 1,32\%$  в 1-е и 4-е сутки;  $p < 0,05$ ), тогда как в группе Б фракция выброса оставалась без изменений. Сердечный индекс, увеличиваясь в обеих группах, также имел наибольший прирост в группе А ( $0,4 \pm 0,04$  и  $0,21 \pm 0,04$  л/мин./м<sup>2</sup> в группах А и Б;  $p < 0,05$ ).

Полученные данные позволили сделать вывод о том, что ОСН при ИМ обоих желудочков развивается из-за слабости и правого, и левого желудочков. В динамике ОСН при поражении ПЖ уменьшается даже без реваскуляризации, а первичная ангиопластика повышает сократимость обоих желудочков и улучшает компенсацию ОСН.

## ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ, СТАТИНЫ И «БОЛЕЗНИ СТАРОСТИ»

А.А. Сапегин, Н.Ю. Семиголовский, А.Н. Дрыгин

ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург

Последние десятилетия прошлого века и начало нынешнего прошли под знаком борьбы с «несомненным злом», губящим Человечество, – гиперхолестеринемией. Не случайно основные препараты для снижения холестерина крови – статины – сегодня широко рекомендуются в первичной и вторичной профилактике атеросклероза и его осложнений. Статины порой рекламируются даже как средства «продления жизни», «омоложения» и т.д., а принимать их, мол, следует даже при нормальных показателях холестеринемии, регулярно пересматриваемых в сторону понижения.

Попробуем, вместе с тем, объективно рассмотреть некоторые факты, имеющие отношение к этой проблеме. К сожалению, забвению предана в наше время жестокая неудача с американским исследованием «Проект коронарного препарата» (1970-1975 гг.), в котором предполагалось использовать длительное лечение больных тироксином в стремлении снизить у нации уровень «зловредного» холестерина. Исследование это было драматическим образом остановлено досрочно уже через год после начала из-за прогрессивного увеличения смертности в группе больных ишемической болезнью сердца (ИБС), получавших гормональный препарат, по сравнению с группой плацебо (Lorimer A.R., 1980).

Любопытно также, что при проспективном анализе 17-летней смертности в большой популяции С.Е. Salmond и соавт. (1985) выявили достоверную обратную (!) корреляцию уровня холестерина крови и общей смертности населения! Чаще в популяции, оказывается, умирают люди не с повышенным, а с низким его уровнем!

Немало исследователей в наше время уже начинают понимать, что повышенный уровень холестерина является лишь суррогатным маркером ИБС, а гиперхолестеринемия, в свою очередь, способна резко нарушать текучесть клеточных мембран и тем самым оказывать отрицательное влияние на здоровье. Как показали современные масштабные исследования, выживаемость больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) тем больше, чем выше у них уровень холестерина (Norwich e.a., 2002). При этом, как оказалось, низкий уровень холестерина является независимым предиктором летального исхода (данные регистра РК НПК, Арутюнов Г.П., 2003). Показано, что снижение уровня холестерина крови в

течение 7 суток после травмы указывает на неблагоприятный прогноз (Корячкин В.А., Страшнов В.И., 2004). При разности уровней холестерина между 1-м и 7-м днями после травмы более 12 ммоль/л летальный исход наблюдается в 70% случаев!

Что касается применения статинов, то, как выяснилось, использование популярного аторвастатина у больных с артериальной гипертензией и незначительной гиперлипидемией в рандомизированном контролируемом исследовании (РКИ) ASCOT (более 10 тысяч обследованных!) показало не снижение, а напротив, увеличение (!) риска развития сердечной недостаточности. В РКИ HPS в подгруппе больных с исходной ХСН другой распространенный препарат группы статинов симва-статин не показал достоверной способности снижать смертность, а в РКИ ELITE II у 11% включенных в исследование больных ХСН, получавших лечение статинами, смертность была достоверно ( $p=0,003$ ) на 7% выше, чем у не принимавших эти препараты (цит. по Арутюнов Г.П., 2003).

Каковы же механизмы негативного действия статинов на здоровье? Доказано, что под их влиянием снижается уровень убихинона (коэнзима Q-10) – эндогенного антиоксиданта и важнейшего звена цепи тканевого дыхания. Статины способны провоцировать эндотоксикоз и прогрессирование ХСН, стимулируя синтез и выброс цитокинов, в частности, фактора некроза опухоли- $\alpha$  (Rauchhaus ea, 2000).

К известным побочным действиям применения статинов относят не такие уж редкие случаи рабдомиолиза, гепатопатий и даже провоцирование развития онкопатологии. Так РКИ PROSPER показало, что применение правастатина способствовало 25% росту заболеваемости раком легких. А другое РКИ MRFIT установило, что при уровне общего холестерина (ОХС) плазмы менее 160 мг% риск смерти от раковых заболеваний составил +18% против -5% у больных с ОХС выше 240 мг%.

Наконец, анализ 8 плацебо-контролируемых РКИ в первичной профилактике при повышенном сердечно-сосудистом риске (Lancet 2007; 369) показал, что у женщин статины не уменьшают ни общую смертность, ни общую заболеваемость, а у лиц старше 69 лет частота коронарных событий при их приеме не снижается вовсе. Было показано также, что у людей от 71 до 93 лет при наименьшем уровне холестерина (2,09-4,32 ммоль/л) риск смерти от ин-

фаркта, инсульта и онкологических заболеваний на 35% выше, чем при его уровне 5,44-9,88 ммоль/л.

Любопытно, что как раз высокое содержание холестерина, связанного с «хорошими» липопротеидами высокой плотности, на 30-40% снижает риск развития болезни Альцгеймера, буквально захлестнувшей США в последние годы, отличающиеся повальным увлечением этими небезобидными, как выясняется, препаратами.

В нашей практике мы столкнулись с весьма низким уровнем холестерина (3,5-4,5 ммоль/л) у острых коронарных больных и нередкими случаями выявления «чистых» коронарных артерий у лиц пожилого возраста с длительной гиперхолестеринемией.

Таким образом, назревает необходимость пересмотра «образа врага» в лице гиперхолестеринемии, а также сужение показаний к применению статинов, особенно у лиц пожилого и старческого возраста.

## **ВОЗМОЖНОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИЗНАКОВ ИЗНОШЕННОСТИ РЕЗИНОВОЙ СЛЕДОБРАЗУЮЩЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРЕДМЕТОВ ТРАВМЫ ПУТЕМ МИКРОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

*С.Ю. Сашко, В.Д. Исаков, Т.В. Лебедева*

*ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург  
ФГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Санкт-Петербург*

В зонах визуально различимых следов и повреждений от воздействия на биологические и небологические объекты предметов с резиновой следообразующей поверхностью (обувь на резиновой подошве, автомобильные шины) могут выявляться микрочастицы резины. Спектральными исследованиями (рентгенофлуоресцентная спектрометрия, эмиссионный спектральный анализ) устанавливают химический состав этих микрочастиц. Сходство качественного состава инородных микровключений с химическим составом орудия травмы позволяет определить однородность сравниваемых объектов и доказать факт повреждающего действия предмета с резиновой следообразующей поверхностью.

Путем стереомикроскопического исследования с использованием масштабной сетки производят подсчет и микрометрирование частиц резины,

условно разделив их по размерам на «мелкие» и «крупные». Экспериментальными исследованиями доказано, что при воздействии на объекты резиновой следообразующей поверхности с признаками износа (потертости, мелкие дефекты, «царапины» и т.д.) в следы и повреждения переносится значительно большее число микрочастиц резины, в том числе «крупных», по сравнению со следами от воздействия орудия травмы без видимых признаков износа следообразующей поверхности. Достоверность указанного вывода подтверждена статистическим анализом ( $P=0,95$ ).

Полученные результаты могут быть использованы в судебно-медицинской экспертизе в качестве существенного дифференциально-диагностического признака особенностей рельефа следообразующей поверхности орудия травмы (гладкая либо шероховатая).



## 5-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ АНЕВРИЗМ АОРТЫ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ – СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

<sup>1,2</sup>А.В. Светликов, <sup>3</sup>А.В. Карев, <sup>2</sup>М.В. Мельников, <sup>3</sup>В.К. Рыжков, <sup>1</sup>Ю.М. Боробов, <sup>1</sup>С.В. Литвиновский, <sup>1</sup>П.А. Галкин, <sup>1</sup>А.С. Шаповалов, <sup>1</sup>Т.Х. Гамзатов

<sup>1</sup>ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург  
<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург  
<sup>3</sup>ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница»

**Цель работы:** оценить результаты эндоваскулярного лечения аневризм грудного и брюшного отделов аорты в условиях многопрофильного стационара. Изучить характер и степень осложнений, связанных с данным вмешательством, обсудить перспективы развития лечения аневризм аорты (АА) и предотвращения их разрыва в крупном мегаполисе.

**Материалы и методы.** За период с марта 2008 г. по октябрь 2012 г. в отделении сосудистой хирургии ФГБУЗ КБ № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России выполнены эндоваскулярные вмешательства у 51 пациента с аневризмами грудного и брюшного отделов аорты. Средний возраст больных составил 68,9 (58-84) лет, из которых 49 мужчин и 2 женщины, со средним диаметром аневризмы 57,3 мм (47-80 мм) и значимой сопутствующей патологией: ишемическая болезнь сердца – 22, постинфарктный кардиосклероз – 8, гипертоническая болезнь – 29, хроническая обструктивная болезнь легких – 16, желудочковая экстрасистолия – 4, цирроз печени – 1, сахарный диабет II типа – 6, 4 пациента имели в анамнезе онкологическое заболевание.

Эндопротезирование аневризм аорты выполнялось: двухкомпонентными бифуркационными стент-графтами ELLA (Чехия) у 35 пациентов, четырехкомпонентным протезом ELLA у 1, однокомпонентным линейным стент-графтом ELLA (Чехия) у 3 пациентов с аневризмой нисходящего грудного отдела и торакоабдоминального отделов аорты, аневризмой проксимального анастомоза, четырехкомпонентным стент-графтом ANCONDA Vascutek у 3 больных, трехкомпонентным бифуркационным стент-графтом ANCONDA Vascutek у 6 пациентов, трехкомпонентным бифуркационным стент-графтом Excluder (Gore, США) у 1 больного, двухкомпонентным протезом VALIANT stent graft Captiva у 1 пациента с расслаивающей аневризмой грудной аорты и двухкомпонентным протезом Endurant Medtronic у 1 пациента.

Процедура выполнялась под комбинированной спинно-мозговой+эпидуральной анестезией у 49 пациентов и эндотрахеальным наркозом у 2 пациентов.

**Результаты.** Средняя продолжительность операции составила 147,5 мин.(40-270 мин.).

Количество контрастного вещества (омнипак) для всех пациентов составило в среднем 150 мл. Интраоперационная системная гепаринизация осуществлялась в дозе 7500 ЕД (5000-10000 ЕД). Средняя кровопотеря составила 150 мл. Нахождение в отделении интенсивной терапии не превысило 1 суток. Длительность пребывания в стационаре после операции – 7 (2-11) суток. Летальных исходов в послеоперационном периоде не наблюдалось.

В отдаленном периоде двум пациентам потребовалось повторное вмешательство: бедренно-бедренное шунтирование по поводу тромбоза бранши протеза (с левой стороны в обоих случаях), через 3 месяца – одному и через 6 месяцев – второму пациенту.

У одного пациента через 2 месяца после операции имел место постишемический инфильтрат большой поясничной мышцы слева с выраженным болевым синдромом, связанный, по-видимому, с эмболизацией левой внутренней подвздошной артерии, что потребовало повторной госпитализации. После проведения курса консервативной терапии пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Двое пациентов скончались на 1 и 2 году после операции от причин, не связанных с эндопротезированием (в одном случае от прогрессирования печеночной недостаточности, в другом – от почечной недостаточности после выполненной нефрэктомии по поводу Са левой почки).

Основными направлениями успешного лечения аневризм аорты является их раннее выявление и своевременное лечение с помощью новых технологий. Современные эндопротезы позволяют выполнять операции большинству пациентов без-

опасно, без значимых осложнений, характерных для их более ранних модификаций. Дальнейшее развитие современных технологий в лечении сложных торакоабдоминальных, супраренальных, юкстаренальных аневризм возможно с внедрением в практику фенестрированных стент-графтов, а также техники chimney и regiscore эндопротезирования.

**Выводы.** На основании полученных данных можно предположить, что эндоваскулярное лечение

аневризм аорты может эффективно и безопасно применяться у больных с тяжелой соматической патологией. Данная высокотехнологичная методика позволяет существенно сократить интраоперационные осложнения, послеоперационную реабилитацию и расширить контингент пациентов, которым противопоказана открытая операция по поводу аневризм аорты. Вероятно, будущее – за развитием этого направления в лечении АА, и открытые операции будут выполняться в исключительных случаях.

## МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНСУЛЬТА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ – МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

<sup>1,2</sup>А.В. Светликов, <sup>3</sup>В.А. Сорокоумов, <sup>4</sup>Ю.Д. Богатенкова, <sup>1</sup>С.В. Лукин, <sup>1</sup>Ю.М. Боробов, <sup>1</sup>С.В. Литвиновский, <sup>1</sup>П.А. Галкин, <sup>1</sup>А.С. Шаповалов, <sup>1</sup>Т.Х. Гамзатов

<sup>1</sup>ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург  
<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

<sup>3</sup>ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова» МЗ РФ

<sup>4</sup>ГУЗ «Городской консультативно-диагностический центр №1», Санкт-Петербург

**Цель работы.** Показать возможности мультидисциплинарного подхода в профилактике инсульта в многопрофильном стационаре, необходимость организации специализированного Центра профилактики инсульта.

**Материалы и методы.** За период с марта 2009 г. по октябрь 2012 г. в отделении сосудистой хирургии ФГБУЗ КБ №122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России выполнена 351 операция по поводу поражения артерий брахиоцефальной зоны.

**Результаты.** Задачами Центра по профилактике инсульта ФГБУЗ КБ №122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России являются активная информационная политика о возможностях Центра, привлечение неврологов, кардиологов, врачей диагностических центров города.

Сосудистые хирурги совместно с ангионеврологами, кардиологами, специалистами функциональной диагностики выявляют пациентов с потенциально опасным поражением брахиоцефальных артерий, устраняют с помощью хирургических методов (открытой каротидной эндартерэктомии или стентирования) источник возможного в ближайшем времени инсульта. В дальнейшем происходит передача пациента специалистам-ангионеврологам на

дальнейшее лечение и реабилитацию.

Работа Центра профилактики инсульта начинается с приема пациентов врачом-координатором, который собирает анамнез, заполняет анкеты, в результате выявляются пациенты из группы риска и необходимость выполнения (бесплатного) ангиосканирования брахиоцефальных сосудов.

По результатам исследования пациент направляется к профильному специалисту или на плановое хирургическое вмешательство. Данные всех пациентов заносятся в базу данных, и при наличии показаний в дальнейшем они приглашаются для планового контрольного обследования, консультации.

Средняя продолжительность операции составила 63 мин. (40-82 мин.). Интраоперационная системная гепаринизация осуществлялась в дозе 5000 ЕД. Нахождение в отделении интенсивной терапии составило не более 1 суток. Длительность пребывания в стационаре после операции достигало в среднем 7 (2-11) суток. Летальных исходов в послеоперационном периоде не наблюдалось. В одном случае произошла транзиторная ишемическая атака, неврологический дефицит регрессировал в течение 3 часов после операции.

Перед КЭАЭ у асимптомного пациента проводится оценка неврологического статуса, тест MMSE, КТ/МРТ головного мозга. У симптомного

пациента дополнительно проводится оценка по шкалам (NIHSS, индекс Бартел) до вмешательства и в 1-2 сутки после вмешательства. Эти данные позволяют количественно оценить течение периперационного периода.

Оперированные пациенты направляются на реабилитацию и также в плановом порядке им выполняются ангиосканирование и проводится консультация.

**Выводы.** На основании опыта работы Центра были сформулированы условия успеха в профилактике инсульта в многопрофильном стационаре:

- обеспечение квалифицированного фильтра первично обратившихся пациентов
- наличие современной диагностической аппаратуры и специалистов ангионеврологов, кар-

диологов, работающих в связке с сосудистыми хирургами, – возможность проведения экстренных исследований в круглосуточном режиме

- современная операционная
- обученные анестезиологи, хирурги, медсестры
- послеоперационный мониторинг в ПИТ
- создание архива наблюдаемых, регулярное обследование прооперированных пациентов.

На основании работы отделения сосудистой хирургии ФГБУЗ КБ №122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России можно сделать вывод об эффективности организации специализированного Центра, безопасности выполняемых операций брахиоцефальной зоны, необходимости дальнейшего развития данного направления профилактики ишемического инсульта.

## ПСЕВДОИНСУЛЬТ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ

*И.В. Светличная, А.П. Ельчанинов, А.В. Малашенко, Ю.Н. Чайковский, Е.К. Кислова, Л.Е. Арестова, И.А. Власова, Е.М. Саморукова, Е.А. Малолеткина, А.О. Макаров*  
ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург

В неврологической литературе последних десятилетий используется термин «псевдоинсульт», предложенный Л.Г. Ерохиной в 1978 г., когда в отсутствие нейровизуализационных и морфологических симптомов структурного сосудистого повреждения головного мозга имеются признаки острого нарушения мозгового кровообращения. Данный синдром нередко ошибочно расценивается как инсульт, что влечет за собой неадекватное лечение и, соответственно, неблагоприятный прогноз для больного. В связи с этим видится полезным представить клинко-анатомическое описание псевдоинсульта.

Больная П., 63 года, госпитализирована в связи с прогрессирующей анемией, расцененной на терапевтическом отделении КБ №122 как витамин В12-дефицитная и фолиеводефицитная. Особенностью течения обнаруженного лишь при аутопсии злокачественного карциноида тела поджелудочной железы (двухкомпонентной гормональноактивной экзо-нейроэндокринной опухоли, по данным иммуногистохимического исследования) и гемолитической анемии явилось развитие гемиплегии с периодической нецеленаправленной психотической двигательной активностью, что в процессе наблюдения за больной прижизненно было расценено как псевдоинсульт. При обследовании методом МРТ брюшной полости и малого таза установили гепатоспленомегалию, асцит, проявления хронического холецистопанкреатита, состояние после

экстирпации матки (миома), единичные мелкие внутритазовые лимфоузлы. О тяжелом поражении гепатоцитов свидетельствовала гиперферментемия расположенной, как известно, преимущественно в митохондриях АСТ (до 256 МЕ/л). На прогрессирующую патологию печени указывал также молочнокислый ацидоз, в первую очередь из-за способности печени к утилизации лактата, уровень которого в терминальной стадии составил 26,2 ммоль/л. С момента поступления наблюдали выраженную тромбинемию: уровень D-димера в диапазоне 3000-5000 нг/мл, что присуще не только тромбоэмболическим событиям, но и заболеваниям печени, злокачественным новообразованиям, ИБС, активным воспалительным процессам и др. Повышенный синтез СРБ в конечном счете составил 37,05 мг/л, что, таким образом, не противоречило висцеральному раку. Повышение активности ЛДГ (до 10877 МЕ/л) оказалось характерным как для мегалобластической, так и гемолитической анемии. При этом в миелограмме мегалобластов не обнаружили. В анализах крови выявили нарастающее падение гемоглобина, числа тромбоцитов и рост значения СОЭ (соответственно 56 г/л; 73х10<sup>9</sup>/л; 70 мм/ч – к исходу заболевания). Иммуноблот паранеопластических антител к ядрам нейронов серого вещества (анти-Yo-1, Hu, Ri, CV2, Ma2, Амфифизин) и люмбальная пункция, выполненные после развития неврологических нарушений, не выявили

серопозитивности и изменений формулы ликвора.

В то же время версию о вторичной энцефалопатии, вызванной канкрозным поражением внутренних органов, подтверждали высокие титры онкомаркеров в сыворотке крови: карбогидратного антигена (СА 19-9) – 164,06 МЕ/мл и раково-эмбрионального антигена (РЭА) – 79,87 нг/мл, что превышало норму, соответственно, в 4,5 и в 16 раз, а также отсутствие признаков инсульта при церебральной МРТ. Следует отметить, что онкомаркер

карциномы поджелудочной железы СА 19-9 имеет чувствительность 82%.

**Заключение.** Патогенез псевдоинсульта остается не до конца ясным. Основными патогенетическими элементами, как явствует из нашего наблюдения, служат ДВС, фактор тканевой гипоксии, и так как лактацидемия не поддерживает гиперпродукцию СРБ, развитие самостоятельного системного воспалительного ответа (IRS).

## ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕВОКАРНИТИНА У БОЛЬНЫХ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА (ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ, ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ)

*Н.Ю. Семизоловский, Б.А. Азанов, Е.К. Верцинский, Е.В. Иванова, М.И. Дмитриев, А.Г. Воронов*

*ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург*

В условиях метаболического стресса в митохондриях накапливается ацилкоэнзим А, баланс которого со свободным коэнзимом поддерживается именно за счет работы карнитинового челнока [Helton E. ea., 2001.]. Дефицит карнитина описан при ишемических и стрессорных поражениях миокарда.

В исследовании CEDIM2 (Tarantini G. ea., 2006) описано снижение ранней летальности больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) при введении левокарнитина более чем 2000 больных ОИМ передней локализации. Дефицит доступных и безопасных положительных инотропных препаратов в наши дни является очевидным.

Целью пилотного клинического исследования стало изучение инотропных свойств препарата «Элькар» (левокарнитин, ПИК-ФАРМА, Москва), используемого парентерально в условиях отделения реанимации при синдроме малого выброса у больных ОИМ (1-3 суточной давности, 33 больных 32-94 лет), тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА, 16 больных 60-82 лет) и дилатационной кардиомиопатией (ДКМП, 10 больных 32-46 лет).

Критерием включения являлось снижение фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) менее 40% при эхокардиографическом исследовании (В-режим).

Контрольную репрезентативную группу составили, соответственно, 16 больных ОИМ, 10 ТЭЛА и 8 ДКМП сходного половозрастного состава, про-

ходивших лечение в том же отделении и не получавших антиоксидантов. «Элькар» вводили внутривенно 1 раз в сутки по 5-10 мл (500-1000 мг) в 100 мл 0,9% раствора хлорида натрия в первые 5-7 дней госпитализации.

**Результаты.** Как показал анализ, средний реанимационный койко-день у получавших «Элькар» имел тенденцию к снижению, по сравнению с контрольным, а ФВЛЖ у них ускоренно нарастала к 5-7-м суткам введения препарата, по сравнению с пациентами контрольной группы – с  $35,5 \pm 3,5$  до  $45,4 \pm 2,8$  против  $35,8 \pm 3,9$  до  $41,1 \pm 2,7$  ( $p < 0,05$ ). Отмечено также ускоренное снижение средней активности МВ-фракции креатинфосфокиназы ( $P < 0,05$ ) заболевания и тропонина I ( $P < 0,05$ ) на 3-5-е сутки у больных ОИМ и ТЭЛА. Во всех случаях побочных явлений при использовании «Элькара» не зарегистрировано.

**Выводы.** Отечественный инфузионный препарат «Элькар» является перспективным инотропным препаратом, будучи эффективным, доступным и безопасным, что выгодно отличает его от симпатомиметиков (допамин, добутамин, адреналин и др.), инодилаторов (амрилон, милрилон), сенситизаторов кальция (левосимендан), а также средств метаболической терапии иного механизма действия (триметазидин, неотон и др.).



## АНТАГОНИСТЫ КАЛЬЦИЯ КАК СРЕДСТВО ВЫБОРА У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ КАРДИОРЕАНИМАЦИИ

*Н.Ю. Семиголовский, Е.К. Верцинский, А.Л. Агасиян, А.К. Ратникова  
ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства». Санкт-Петербург*

**Цель доклада** – поделиться опытом применения антагонистов кальция (АК) в условиях отделения кардиореанимации у больных с аритмиями, артериальной гипертензией, острым коронарным синдромом (ОКС) и при чрескожных коронарных вмешательствах (ЧКВ), особенно у пациентов пожилого и старческого возраста.

Анализ частоты использования различных медикаментов в 1999-2009 гг. в нашем стационаре при ЧКВ показал, что применение АК (нифедипин перорально, адалат внутривенно и внутрикоронарно, верапамил внутривенно) при 210 коронарографиях и 75 стентированиях у лиц старше 75 лет достигало 19,1% и 34,7% соответственно против 6,7 и 9,4% в случае использования бета-адреноблокаторов (БАБ). Успешность применения АК у больных ОКС можно объяснить возможностью купирования ими вазоспастических реакций, способных вызвать даже некроз миокарда, что было описано в конце 1990-х годов японскими авторами (синдром «tako-tsubo») и нами (Семиголовский Н.Ю. и соавт., 2005).

В нашей практике последних лет встретилось 18 случаев вазоспастического ОКС у больных старше 75 лет. Хорошо известно, что БАБ, в свою очередь, увеличивают преднагрузку, повышают конечное диастолическое давление в левом желудочке и считаются противопоказанными при вазоспастической

стенокардии [Сидоренко Б.А., Преображенский Д.В., 1996]. А презумпция последней требует задуматься – не провоцируем ли мы стенокардию в ряде случаев, доверяя «испытанным» БАБ? Ведь не проведя коронарографии и не убедившись, что за ишемией в данном конкретном случае стоит именно атеросклеротическая бляшка, а не спазм, мы не можем сколько-нибудь точно предсказать эффект нашего назначения.

Не случайно, кстати, в проекте GUSTO были получены данные против рутинного использования внутривенных БАБ у пациентов при тромбозисе и ЧКВ (Pfisterer M., 1998). Как показано Р.Г. Шуаевой (2009), у больных с постоянной формой фибрилляции предсердий верапамил в большей степени, по сравнению с атенололом, повышает толерантность к физическим нагрузкам, что важно у больных, ведущих активный образ жизни.

**Заключение.** АК более, чем БАБ, предпочтительны у гериатрических больных в лечении тахикардий (верапамил, дилтиазем), ОКС и для купирования гипертензивных реакций (нифедипин, амлодипин), поскольку не вызывают бронхообструкций, малообратимых нарушений проводимости, метаболических нарушений (подобно БАБ), не влияют на уровень калия и натрия (подобно диуретикам). Эффект их, кроме того, обратим введением препаратов кальция.

## ГЕМОДИНАМИКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

*Сергеева В.В., Бобылева Т.А., Родионова А.Ю.  
ФГБОУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России*

Метаболический синдром (МС) включает комплекс факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в виде абдоминального ожирения, инсулинорезистентности, гипергликемии и артериальной гипертензии (АГ), объединенных патогенетически. В последние

годы кардиологи различных стран широко исследуют метаболические нарушения как факторы риска развития ишемической болезни, острого инфаркта миокарда, инсульта головного мозга, хронической сердечной недостаточности. Оценка механизмов

адаптации и резервных возможностей сердечно-сосудистой системы у больных с МС является одной из основ терапии и реабилитации больных.

**Цель работы:** определить значимость показателей функционального состояния миокарда и параметры центральной гемодинамики у больных МС с АГ. Проанализированы результаты эхокардиографии у 29 женщин с МС и АГ (в возрасте от 49 до 62 лет) и 8 пациенток с нормальной массой тела и без АГ, сопоставимых по возрасту.

**Результаты исследования.** Показали, что УО у больных МС был достоверно ниже (70,2 мл против 86,8 мл); СИ (2,57 л/мин. $\cdot$ м<sup>2</sup> против 3,21 л/мин. $\cdot$ м<sup>2</sup>); конечный систолический объем (49,9 мл против 69,8 мл) и конечный диастолический объем (159 мл против 96,6 мл). Кроме того, отмечены существенные разли-

чия фракции выброса (58,4% против 63,8%) и индекса массы миокарда (80,3 против 71,2).

Полученные результаты являются предварительными. Тем не менее, при МС выявляется отчетливая диастолическая дисфункция левого желудочка, проявляющаяся увеличением конечного диастолического объема, демонстрирующего нарушение функциональной способности миокарда и косвенно подтверждающего метаболические и ишемические изменения в миокарде.

Увеличение массы миокарда, сочетающееся со снижением фракции выброса и ударного объема сердца, подтверждает наличие систолической несостоятельности сердца.

Таким образом, по результатам проведенного исследования можно говорить о снижении функциональной активности миокарда у больных с АГ при метаболическом синдроме.

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРОБИОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

<sup>1</sup>В.И. Симащенко, <sup>1</sup>И.Г. Ильяшевич, <sup>2</sup>Н.В. Коновалова

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>ГБУЗ «Городская больница №26», Санкт-Петербург

Бронхиальная астма (от др.-греч. ἄσθμα – «тяжелое дыхание, одышка») – хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей с участием разнообразных клеточных элементов. Ключевым патогенетическим звеном является бронхиальная обструкция (сужение просвета бронхов), обусловленная специфическими иммунологическими (сенситизация и аллергия) или неспецифическими механизмами и проявляющаяся повторяющимися эпизодами свистящих хрипов, одышки, чувства заложенности в груди и кашля. Для лечения используются симптоматические препараты, предназначенные для купирования приступа, и препараты базисной терапии, воздействующие на патогенетический механизм заболевания.

Прием химиопрепаратов может индуцировать развитие дисбактериоза вообще и дисбактериоза кишечника в частности. Дисбактериоз является важным звеном патогенеза ряда заболеваний органов пищеварения, дыхательных путей и кожи, влияющим на течение и исход болезни и часто требующим специального лечения. Лечение дисбактериоза комплексное. В последние годы для лечения дисбактериоза широко используются пробиотики. Одним из препаратов, применяемых для лечения дисбактериоза, является «Линекс». Проводилось

изучение возможности применения препарата «Линекс» в комплексной терапии бронхиальной астмы.

**Цель исследования.** Определение влияния пробиотика при локальном воздействии на кишечную микрофлору и течение бронхиальной астмы.

**Материалы и методы.** Исследование проводили на базе городской клинической больницы № 26. Обследованы 22 пациента, страдающих бронхиальной астмой средней степени тяжести, в период обострения (13 женщин и 9 мужчин) в возрасте 19-60 лет. Пациенты находились как на стационарном, так и на амбулаторном лечении. Диагноз и степень тяжести определяли по критериям GINA 2011. Все пациенты получали базисную терапию ингаляционными ГКС, а также М-холиномиметиками и/или b-адреномиметиками. Методом случайной выборки были сформированы контрольная (11 человек) и исследуемая (11 человек) группы пациентов. В контрольной группе пациенты наряду с противоастматическими препаратами получали симбиотик «Линекс». Продолжительность терапии симбиотиком составила 30 дней. Исследование кала на дисбиоз проводили на базе СПбГБУЗ ГБ №26. Исследование интерлейкинов в

крови проводилось на базе ФБУН НИИЭМ имени Пастера. Полученные в процессе исследования клинические результаты анализировали с использованием системы STATISTICA for Windows (версия 5.5 Лиц. №АХХR402С29502 3FA) на кафедре информатики ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова» МЗ РФ.

**Результаты.** По данным спирометрического обследования, у всех больных выявлена обструкция различной степени. По мере лечения (достижения ремиссии) происходило уменьшение степени обструкции, при этом прием «Линекса» не повлиял на данный показатель. Исследование кала на дисбиоз выявило 5 пациентов без нарушения микрофлоры кишечника. У 8 пациентов был выявлен дисбактериоз I ст., у 8 пациентов – II ст., у 1 пациента – III степени, дисбактериоз IV ст. не был выявлен ни у одного пациента. У 60% пациентов наблюдалось нарушение стула в виде запора либо поноса, а также метеоризм, тяжесть и чувство урчания в животе. В результате исследования выявлена положительная динамика с уменьшением степени тяжести дисбактериоза. У тех пациентов, которые не получали симбиотик, дисбактериоз оставался на прежнем уровне, либо прогрессировал.

Исследование уровней провоспалительных интерлейкинов крови IL-1b, IL-6, IL-8 выявило снижение

только уровня IL-8 (достоверно только в контрольной группе), причем прием «Линекса» никак не повлиял на динамику данного показателя.

Оценку качества жизни пациентов проводили по 3 шкалам – шкале самооценки Спилбергера-Ханина, которая предназначена для исследования уровня тревожности у лиц юношеского возраста и взрослых, опроснику SF-36, который отражает качество жизни, и тесту Бэка, который определяет уровень депрессии. По шкале Спилбергера-Ханина пациенты с умеренной и высокой личностной тревожностью разделились поровну в контрольной и исследуемой группах. Реактивная тревожность также была одинаковой. Прием «Линекса» снижал показатели личностной и реактивной тревожности, но при сравнении с показателями контрольной группы различия не были достоверными. Тест Бэка также не выявил каких-либо значимых положительных изменений на фоне комплексной терапии «Линексом». Тест SF-36 выявил положительную динамику общего состояния здоровья и психического здоровья.

Таким образом, в ходе исследования выявлено достоверное положительное влияние симбиотика «Линекс» на дисбактериоз кишечника и снижение уровня IL-8. На скорость наступления ремиссии бронхиальной астмы и ее длительность, а также на функцию внешнего дыхания влияние «Линекса» не выявлено.

## ОЦЕНКА АМБУЛАТОРНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

*И.С. Скопец, Н.Н. Везикова, И.М. Марусенко, А.Н. Малыгин  
ГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»*

Одно из наиболее частых urgentных проявлений патологии сердечно-сосудистой системы – острый коронарный синдром (ОКС). Под ОКС в настоящее время понимают любую группу признаков или синдромов, позволяющих заподозрить острый инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию. Хорошо известно, что патоморфологической основой нестабильного течения ишемической болезни сердца (ИБС) является дестабилизировавшаяся атеросклеротическая бляшка. Таким образом, первым клиническим проявлением ОКС предшествует многолетний процесс развития атеросклероза в коронарных артериях. В настоящее время установлены многочисленные факторы, способствующие этому патогенезу, такие как артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия, гипергликемия, ожирение, отягощенная по сердечно-сосудистой патологии наследственность,

курение в анамнезе. Большинство факторов риска ИБС является корригируемым, поэтому развитие ОКС в большинстве случаев свидетельствует о неадекватном проведении первичной профилактики атеротромботических событий, что подтверждается клинической практикой. Однако для пациентов, перенесших ОКС, приоритетной задачей в лечении является адекватное проведение вторичной профилактики, направленной на предупреждение повторных атеротромботических событий. Как правило, это задача амбулаторного звена, курирующего пациентов данной группы после выписки из кардиологических отделений стационаров. Правильное ведение пациентов в отдаленном периоде позволяет снизить риск развития осложнений, улучшить клиническое течение ИБС, а значит и качество жизни пациента, и, конечно, жизненный прогноз.

В ходе работы проведен анализ амбулаторного ведения пациентов, перенесших ОКС. В исследуемую группу вошли 192 пациента не старше 65 лет (74% мужчин и 26% женщин), находившихся в кардиологическом отделении Регионального сосудистого центра Петрозаводска в 2009-2011 гг. по поводу ОКС. Четверть больных – лица молодого возраста (35-50 лет), большинство из которых мужчины. Наиболее распространенными факторами риска к моменту поступления в стационар оказались наличие АГ (82,3%), курение (63%) и отягощенная по сердечно-сосудистой патологии наследственность (45,8%). В ходе обследования у 92,2% пациентов выявлена дислипидемия, 12,5% больных страдали сахарным диабетом. Полученные данные свидетельствуют о неадекватности проведения первичной профилактики сердечно-сосудистых событий.

В отдаленном периоде проводили оценку амбулаторного этапа ведения и качества проведения вторичной профилактики у пациентов, перенесших ОКС. При опросе пациентов установлено, что 92,1% пациентов самостоятельно контролируют уровень АД. При этом целевой уровень достигнут лишь у 60,4% больных, тогда как у трети пациентов (31,7%) сохраняется АГ, и еще 7,9% АД не контролируют.

В ходе работы установлено, что 12% больных после выписки из стационара не наблюдаются в поликлинике. Среди пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении, мы провели оценку амбулаторного ведения. В течение первого года после выписки из стационара ЭКГ хотя бы однократно была выполнена у 89,1% пациентов, у 5% ЭКГ была выполнена позднее, чем через 12 месяцев с момента выписки, еще у 5% в амбулаторной карте нет сведений о выполнении ЭКГ в течение времени наблюдения, и 1 пациент на назначенную ЭКГ не явился. По имеющимся данным, эхокардиоскопия (ЭхоКС) в течение первого года наблюдения после перенесенного ОКС выполнена только в 52,7% случаев, у 17,6% пациентов ЭхоКС выполнена позднее, чем через 12 месяцев после выписки из стационара, и у 33,8% больных ЭхоКС в течение периода наблюдения не выполнялась. Биохимический анализ крови, включающий в себя определение липидного спектра, выполнен в течение первого года амбулаторного наблюдения только в 72,6% случаев, у 7,8% больных данное исследование было выполнено позднее 12 месяцев. В 8,8% случаев биохимический анализ крови не включал в себя определение уровня холестерина и/или липидного спектра, у 9,8% пациентов биохимическое исследование крови не выполнено вовсе, и 1 человек не явился для выполнения данного анализа. Следует отметить, что при первичном определении уровня холестерина и его фракций на амбулаторном этапе у 78,2% больных выявлена дислипидемия. Нормальные показатели липидограммы были зафиксированы только у 21,8% обследованных. Повторная оценка липидного

спектра выполнена менее, чем у половины больных (49,2%). Повторное выполнение липидограммы вновь зафиксировало дислипидемию у 76,5% пациентов, которым оно выполнено. При динамическом исследовании отсутствие дислипидемии определено лишь у 23,5% пациентов. Таким образом, гиполипидемическая терапия в большинстве случаев проводится неадекватно. Кроме того, мы проанализировали дальнейшую тактику ведения пациентов. Установлено, что у 25,6% пациентов в отдаленном периоде выполнены процедуры реваскуляризации миокарда: 65,8% пришлось на долю операций коронарного шунтирования, в 34,2% случаев пациентам выполнено плановое стентирование коронарных артерий.

Большое внимание в ходе работы было уделено оценке проводимой медикаментозной терапии на амбулаторном этапе, а также приверженности пациентов к лечению. В ходе наблюдения было установлено, что 12,1% пациентов не принимают никаких из рекомендованных лекарственных препаратов после выписки из стационара. 13,8% больных продолжают после выписки принимать все рекомендованные препараты, остальная группа пациентов (74,1%) получают медикаментозную терапию амбулаторно не в полном объеме. По имеющимся данным, продолжают прием ингибитора АПФ (или БРА) после выписки из стационара только 66,9% пациентов. У 8% больных ингибитор АПФ (БРА) был отменен врачом поликлиники по неустановленной причине, остальная часть (22%) прекратили прием лекарственного препарата данной группы самостоятельно.

Терапию статинами продолжают получать амбулаторно только 58,1% пациентов. В 12,8% случаев статины были отменены врачом амбулаторного звена, при этом лишь у 2 пациентов в амбулаторной карте была указана причина отказа от применения препаратов данной группы (в одном случае значимое повышение уровня трансаминаз, в другом – аллергическая реакция). Еще 13,7% пациентов прекратили прием гиполипидемических препаратов самостоятельно. В исследуемой нами группе терапия β-блокаторами амбулаторно была продолжена у 74% пациентов. У 5,9% больных препарат данной группы не был назначен или был отменен врачом поликлиники ввиду наличия противопоказаний к применению (бронхиальная астма, нарушения проводимости). 15,9% больных прекратили прием β-блокаторов самостоятельно. Терапию аспирином проводили в течение времени наблюдения у 71,8% пациентов после выписки из стационара. В 9,7% случаев аспирин не был назначен врачом амбулаторного звена, при этом у 2 пациентов ИБС при дообследовании в стационаре была исключена, причина отмены аспирина в остальных случаях не ясна. 18,5% больных прекратили прием аспирина самостоятельно. Терапию клопидогрелом получают амбулаторно лишь 25,5% больных. Из них 15,5% принимали клопидогрел в течение года по-



сле перенесенного ОКС согласно рекомендациям при выписке, 6,3% прекратили прием клопидогрела раньше и 4,2% больных принимали данный препарат свыше 12 месяцев. 75% пациентов амбулаторно клопидогрел не принимали, одна пациентка самостоятельно редуцировала дозу препарата, принимая по ½ таблетки (37,5 мг) в течение года. В ходе работы проанализировано применение двойной дезагрегантной терапии (аспирин и клопидогрел) у пациентов, перенесших плановое или экстренное стентирование коронарных артерий. Всего чрескожное коронарное вмешательство выполнено 48 пациентам. Из этой группы 49% больных принимали адекватную дезагрегантную терапию в течение 12 месяцев согласно рекомендациям, полученным при выписке из стационара, 11% прекратили прием клопидогрела ранее 12 месяцев. Еще 20% пациентов продолжили прием двойной деза-

грегантной терапии свыше года и 20% пациентов, перенесших стентирование, вообще не принимали клопидогрел после выписки.

Таким образом, амбулаторное ведение пациентов, перенесших ОКС, в отдаленном периоде является неудовлетворительным. Отмечается недостаточное использование инструментальных и лабораторных методов контроля за состоянием пациентов, зачастую немотивированная коррекция рекомендованной в стационаре терапии и/или отмена ряда препаратов, влияющих на прогноз у пациентов с ИБС, а также нередко отсутствие приверженности пациентов к медикаментозной терапии. Следует отметить, что отсутствие или неадекватность вторичной профилактики атеротромботических событий является препятствием к снижению инвалидизации и смертности населения, несмотря на внедрение новых методов лечения ИБС.

## СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ, КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ЛИЦ ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ТИПА А С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

<sup>2</sup>А.А. Скоромец, <sup>1</sup>В.Н. Федорец, <sup>2</sup>Д.В. Федорец, <sup>3</sup>Н.С. Казанцева, <sup>3</sup>С.С. Леденцова

<sup>1</sup>ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова

Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ

<sup>3</sup>ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ

В нашей стране ухудшение здоровья населения и рост смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) нельзя полностью объяснить с позиции традиционных факторов риска. В то же время важнейшей проблемой современной кардиологии является совершенствование методов прогнозирования возникновения и развития ишемической болезни сердца (ИБС), ее ранней диагностики, комплексной терапии и профилактики осложнений. Среди методов прогнозирования ИБС сохраняют практическое значение также факторы риска.

В настоящее время наиболее широкое распространение получила поведенческая концепция, в которой в качестве фактора риска ИБС рассматривается поведение типа А (Type A behavior pattern). Полное описание этих особенностей в виде целостного поведенческого типа и доказательство его связи с ИБС было сделано американскими кардиологами М. Фридманом и Р. Розенманом. Описанный ими поведенческий синдром получил условное назва-

ние «поведение типа А». Одни из его характеристик определяют визуально – это торопливая, эмоционально насыщенная речь, напряженность мышц лица и рук, специфическая «неудобная» поза. Так, садясь на стул, эти пациенты «не располагались на нем удобно, а присаживались на самый краешек, и вся их поза свидетельствовала о том, что они спешат как можно быстрее закончить разговор, встать и уйти». Человека этого типа авторы концепции описывали следующим образом: «Обычно он небольшого роста, лысеющий, коренастый, среднего возраста, мужчина с чрезмерной массой тела, хорошим аппетитом. Его пепельница заполнена окурками сигарет, под руками блокнот и разбухший портфель – символ неотложных дел. Живость ума и напористость, спешка в работе, честолюбие и дух соперничества, дисциплинированность, рационализм, отношение к работе как к средству для повышения социального положения». Это люди с ускоренным жизненным темпом, преувеличенным

чувством недостатка времени, амбициозностью и честолюбием, агрессивностью, способностью энергично добиваться продвижения по службе, постоянной занятостью на работе и дома, отсутствием удовлетворения от завершения работы, их отличают высокая самооценка и недостаточно развитая воля, гипертрофированные желания и не всегда благоприятные условия для их удовлетворения. Обращает на себя внимание тот факт, что сильнейшим эмоциональным стрессом для лиц с поведением типа А была ситуация «бесполезной траты времени» (чтение журналов, слушание радио и т.п.), и при этом повышение частоты сердечных сокращений в сочетании с нарастанием внешне наблюдаемых признаков возбуждения позитивно коррелировали с реактивной потерей контроля. Эти факторы способствуют формированию негармоничной, эгоцентричной, легко ранимой личности. Такие люди особенно болезненно переживают любой неуспех, они более подвержены развитию психического стресса. Это связано, с одной стороны, с тем, что во время психического стресса они испытывают дополнительное эмоциональное напряжение в силу их чрезмерного восприятия внешних раздражителей. С другой стороны, эти люди так строят свою жизнь, что она изобилует стрессорными ситуациями.

Понятие «тип поведения» не следует смешивать с понятием типа высшей нервной деятельности, типа темперамента. Поведение типа А – это не законченная модель личности, а комплекс личностных и поведенческих характеристик, которые проявляются у индивида лишь под воздействием психоэмоциональных нагрузок и которыми индивид отвечает на различные меняющиеся требования внешней среды. Поведенческий тип А, – скорее, поведенческий стереотип, которым данные люди реагируют на жизненные различные ситуации. Работы, выполненные на однойцевых близнецах, показали, что поведение типа А не строго детерминировано генетически, а формируется под воздействием различных социальных факторов.

Таким образом, выделение поведенческого типа А, характерного для пациентов с ИБС, послужило началом многочисленных популяционных исследований, посвященных доказательству огромной роли психологических факторов в этиологии и патогенезе различных форм ИБС. Эти исследования проводились в целом ряде стран, и на их основе была созда-

на концепция поведенческого фактора риска ИБС.

В настоящее время определена необходимость ранней диагностики поведения типа А, его медикаментозной и немедикаментозной коррекции, учета особенностей лиц типа А у больных ИБС различных возрастных групп. Установленные различия в характеристике «психосоциального портрета», особенностях клинического течения, состояния коронарных артерий, вегетативной нервной системы, липидного метаболизма, гормонального статуса и вторичного гемостаза у больных ИБС различных возрастных групп и поведенческих типов позволяют более четко определить прогноз течения и тактику лечения данной категории больных. В настоящее время нами разработан и внедрен в практику оптимальный лечебно-диагностический алгоритм для больных ИБС различных возрастных групп: определение поведенческого типа, исследование психосоциального статуса, показателей липидного обмена, гормонального и вегетативного гомеостаза, состояния вторичного гемостаза, использование функциональных методов исследования, коронароангиографии с последующим применением психосоматического подхода к профилактике и лечению заболевания, предусматривающего включение  $\beta$ -адреноблокаторов, анксиолитиков и немедикаментозных средств в стандартные схемы терапии.

Безусловно, вопрос о коррекции поведенческого типа А является едва ли не краеугольным камнем в изучении проблемы поведенческого фактора риска (тип А). Следует подчеркнуть, что целью модификации поведения типа А не является превращение его в поведение типа Б. Речь идет о мероприятиях, направленных на уменьшение выраженности поведенческих реакций типа А в тех или иных жизненных ситуациях, требующих психологической мобилизации.

На наш взгляд, и это продемонстрировано результатами наших исследований, при рассмотрении вопроса этиопатогенеза и выработке стратегии и тактики ведения пациентов различных возрастных групп и поведенческих типов с ИБС нужно исходить, прежде всего, из конкретных психосоциальных условий жизнедеятельности индивида, его поведенческого типа, структуры личности, соматических показателей, способствующих развитию ССЗ (состояние ВНС, нейрогормонального статуса, липидного обмена, вторичного гемостаза, коронарных артерий).

## ЗНАЧЕНИЕ АДИПОНЕКТИНА КАК ФАКТОРА РИСКА ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

С.А. Сметанина, Л.А. Суплотова, Н.В. Плотников

ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» МЗ РФ

**Цель исследования.** Изучить уровень адипонектина и его взаимосвязь с показателем инсулинорезистентности (индекс НОМА-IR) и компонентами метаболического синдрома (МС) у женщин репродуктивного возраста.

**Материалы и методы.** В исследование включены 188 женщин в возрасте  $33,6 \pm 7,2$  лет. Первую группу составил 81 человек с ИМТ 18,5-24,9 и окружностью талии менее 80 см, во вторую группу вошли 107 женщин с МС (IDF, 2005). Проведены: антропометрия (ИМТ, ОТ, ОБ, ОТ/ОБ), измерение САД и ДАД, исследование гормональных (адипонектина, инсулина) и метаболических показателей (глюкозы, холестерина, триглицеридов, липопротеидов высокой и низкой плотности), определение индекса инсулинорезистентности НОМА-IR. Достоверность различий между признаками оценивали с помощью критериев Манна-Уитни и  $\chi^2$ . Исследование взаимосвязи между признаками осуществляли с помощью коэффициента корреляции Спирмена ( $r$ ).

**Результаты и обсуждение.** У женщин контрольной группы уровень адипонектина был выше и со-

ставлял  $12,4 \pm 5,0$  мг/мл в сравнении с женщинами второй группы ( $7,9 \pm 3,4$  мг/мл,  $p < 0,001$ ). Выявлены умеренные отрицательные связи между уровнем адипонектина и ИМТ ( $r = -0,37$ ,  $p < 0,001$ ), ОТ ( $r = -0,40$ ,  $p < 0,001$ ), ОТ/ОБ ( $r = -0,46$ ,  $p < 0,001$ ), САД ( $r = -0,35$ ,  $p < 0,0001$ ). Установлены взаимосвязи уровня адипонектина с гормонально-метаболическими показателями углеводного и липидного обмена: уровнем глюкозы стимулированной ( $r = -0,48$ ,  $p < 0,001$ ), базального ( $r = -0,51$ ,  $p < 0,001$ ) и стимулированного ( $r = -0,45$ ,  $p < 0,0001$ ) инсулина, триглицеридов ( $r = -0,56$ ,  $p < 0,001$ ) и положительная связь с уровнем липопротеидов высокой плотности ( $r = 0,44$ ,  $p < 0,001$ ). Определена отрицательная связь уровня адипонектина с индексом НОМА-IR ( $r = -0,47$ ,  $p < 0,001$ ). Полученные данные подтверждают важную протективную роль адипонектина в развитии инсулинорезистентности, МС и сердечно-сосудистых заболеваний у женщин репродуктивного возраста. Определение адипонектина позволит выявлять пациенток с высоким риском развития негативных последствий ожирения с целью профилактики и раннего лечения его последствий – сахарного диабета 2 типа и сердечно-сосудистых заболеваний.

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ВАРИАНТЫ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ АНДРОГЕНДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ У МУЖЧИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Е.Н. Смирнова, Е.Н. Мишустина

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера» МЗ РФ

**Цель исследования.** Определить клинико-гормональные характеристики у мужчин с метаболическим синдромом (МС) на основе фракций тестостерона.

**Материалы и методы.** Обследованы 55 мужчин с МС (IDF) в возрасте  $44,3 \pm 10,4$  лет. Определяли

общий тестостерон (Т) и глобулин, связывающий половые гормоны (ГСПГ), производили расчет фракций Т (Т, связанный с ГСПГ; Т, связанный с альбумином (А), и свободный Т). За нормальные приняты следующие показатели: общий Т – 12-33 нмоль/л, ГСПГ – 13-71 нмоль/л, свободный Т – 5,5-42 пкг/мл; Т, связанный с А, – 185,7-1260 пкг/мл; Т, связанный с

ГСПГ, – 130,7-924 пкг/мл. Статистическая обработка полученных данных была проведена с использованием пакета прикладных программ STATISTICA версия 7,0.

**Результаты и обсуждение.** Проведен кластерный анализ, где за точки разделения приняты нижние границы нормы Т, связанного с ГСПГ, и Т, связанного с А, в результате чего пациенты разделились на 4 группы. 1 группу составили 15 мужчин с нормальными показателями обеих фракций; 2 группу – 13 пациентов с низким уровнем Т, связанного с ГСПГ; в 3 группу вошли 11 больных с низким уровнем Т, связанного с А; 4 группу составили 16 пациентов, имеющих снижение обеих фракций Т. Во 2 группе мужчины были моложе 40 лет, у 38% из них выявлен низкий уровень общего тестостерона при достаточной концентрации биологически активных фракций Т, видимо, за счет снижения ГСПГ. У них же отмечена выраженная ги-

пертриглицеридемия ( $2,97 \pm 1,53$  ммоль/л) и низкий ХС-ЛПВП ( $0,95 \pm 0,14$  ммоль/л.) Пациенты 3 группы были старше 50 лет, но на фоне низкого биологически активного Т и высокого ГСПГ только 78% имели низкий уровень общего Т. У всех мужчин 4 группы определялся низкий уровень общего Т, но только у 29,6% пациентов зафиксировано значительное падение свободного Т. Уровень С-пептида был значительно выше у пациентов 3 и 4 групп с дефицитом биологически активного Т, что свидетельствует о наличии у них большей инсулинорезистентности.

**Выводы.** Ведущее значение в изменении фракций тестостерона у мужчин с МС принадлежит степени ожирения и его длительности. Снижение фракции Т, связанного с ГСПГ, характерно для молодых мужчин и является компенсаторным. Уменьшение фракции Т, связанного с альбумином, типично для мужчин с МС старше 50 лет и опережает снижение общего тестостерона.

## ДИСБИОЗ И МИКРОБНЫЕ ЭНДОТОКСИНЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

*О.И. Соловьева, В.С. Немировский, Н.М. Калинина, Д.А. Свиридо  
ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет  
имени И.И.Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург*

**Цель исследования.** Изучение роли микробных эндотоксинов (липополисахаридов, ЛПС) в патогенезе язвенного колита с целью разработки новых подходов к терапии.

**Материалы и методы.** Обследовали 30 больных неспецифическим язвенным колитом (НЯК) с разной степенью активности, у которых определяли флору кишечника, способную вырабатывать ЛПС. Колонобиоптаты для гистоморфологического исследования слизистой оболочки забирали из измененного и видимо неизмененного отделов толстой кишки. Сенсibilизацию к ЛПС и антигенам *E. coli* оценивали реакцией торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ). Рецепторы к ЛПС на нейтрофилах и моноцитах определяли с помощью моноклональных антител к CD14. Результаты оценивали по сравнению с показателями здоровых людей.

**Результаты.** У всех больных выявлено нарушение микробиоценоза кишечника. Изменения в кишечной микрофлоре пациентов с НЯК характеризовались значительным уменьшением количества бифидобактерий, лактобактерий. Наблюдалось

значительное увеличение титра представителей условно-патогенной флоры (вейлонеллы, фузобактерии, цитробактерии, протей, стафилококки), часто высевались ассоциации условно-патогенных микроорганизмов. Во всех случаях наблюдалось изменение соотношения анаэробных и аэробных бактерий в сторону увеличения последних. При сравнении полостной и пристеночной флоры при посевах кала больных НЯК мы выявили значительные различия.

У всех больных выявили выраженную сенсibilизацию к суммарному антигену *E. coli* и ЛПС, которая коррелировала с тяжестью НЯК. Процентное содержание рецепторов CD14 на нейтрофилах и моноцитах при НЯК оказалось повышенным по сравнению со здоровыми лицами. Абсолютное число клеток, содержащих рецепторы CD14, коррелировало с тяжестью течения НЯК. У больных НЯК выявили антитела к ЛПС.

При проведении обзорной микроскопии биоптатов из неизмененного отдела (слизистой оболочки (СО) толстой кишки до лечения были выявлены признаки отека стромы. Инфильтрат располагался преимущественно в верхних отделах СО толстой кишки



и состоял из лимфоцитов, плазматических клеток, макрофагов и единичных нейтрофильных лейкоцитов. При изучении колонобиоптатов из измененного отдела СО ТК обнаружены признаки хронического воспаления. Наблюдалось сочетание признаков атрофии и регенерации крипт в виде деформации, удвоения, ветвления. Инfiltrат располагался диффузно и был представлен лимфоцитами, плазматическими клетками, нейтрофильными и эозинофильными лейкоцитами. У части пациентов были обнаружены единичные крипт-абсцессы.

**Выводы.** 1. Нарушение нормальной микрофлоры кишечника при НЯК может запускать иммунное воспаление путем повышения содержания эндотоксинов. 2. У больных НЯК обнаруживается активация рецепторов CD14 на нейтрофилах и моноцитах, повышенная реакция иммунной системы на ЛПС, что может играть роль в патогенезе НЯК. 3. При микроскопическом исследовании слизистой больных НЯК подтверждено участие нейтрофилов и моноцитов в процессах воспаления и повреждения слизистой кишечника.

## ИНТЕНСИФИКАЦИЯ ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ПИОГЛИТАЗОНОМ

*А.В. Степанова, Е.Н. Смирнова*

*ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера» МЗ РФ*

**Цель исследования.** Изучить эффективность, безопасность, влияние на сердечно-сосудистый риск комбинации метформина и пиоглитазона у пациентов с некомпенсированным сахарным диабетом 2 типа (СД2).

**Материалы и методы.** В исследование включены 17 женщин и 3 мужчин, в возрасте  $61 \pm 5,21$  лет, получающих монотерапию метформином. Длительность диабета –  $3,5 \pm 2,0$  года, HbA1c –  $7,9 \pm 0,4\%$ , ИМТ –  $34,8 \pm 7,4$  кг/м<sup>2</sup>, окружность талии (ОТ) –  $113 \pm 10,6$  см у мужчин и  $103 \pm 14,3$  см у женщин. Исходно и через 3 месяца после дополнительного назначения пиоглитазона (диаглитазон) оценивали целевые параметры гликемии, липидный спектр, индекс инсулинорезистентности (НОМА-IR) и вероятный сердечно-сосудистый риск.

**Результаты.** За период наблюдения зафиксировано достоверное снижение HbA1c с  $7,9 \pm 0,44\%$  до  $6,4 \pm 0,93\%$  ( $p=0,0000$ ). Уровень глюкозы крови натощак и через 2 часа после пробного завтрака (2 ХЕ) снизился с  $7,4 \pm 1,05$  и  $8,94 \pm 2,17$  ммоль/л

до  $6,58 \pm 1,19$  и  $7,6 \pm 0,93$  соответственно ( $p=0,003$  и  $p=0,040$ ). У большинства пациентов (55%) улучшилась инсулинчувствительность (по НОМА-IR с  $5,3 \pm 4,6$  до  $3,9 \pm 1,7$ ). Через 3 месяца лечения у пациентов с СД2 уровень адипонектина повысился с 12,78 до 20 мкг/мл ( $p=0,043$ ). Значение ИМТ не претерпело достоверных изменений в течение срока исследования; выявлена тенденция к снижению массы тела у 40% больных. На 1-9 см уменьшилась ОТ. Нежелательных явлений и побочных эффектов при данной терапии не наблюдалось. Не зарегистрированы отклонения показателей выведения: в печеночных тестах и креатинина. Пациенты отмечали хорошую переносимость препаратов.

**Выводы.** Комбинированная терапия метформином и пиоглитазоном эффективно корректирует углеводный обмен, способствует снижению массы тела, повышает уровень адипонектина, за счет чего снижается риск сердечно-сосудистых событий. Данная комбинация безопасна у пациентов с некомпенсированным сахарным диабетом 2 типа.

## ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Л.Г. Стронгин, И.Г. Григорян, Н.Г. Беляева, А.В. Густов  
ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Нижний Новгород

Преимущество внутривенной (в/в) инфузии для контроля гликемии больных сахарным диабетом (СД) 2 типа доказано при целевом уровне  $<7$  ммоль/л, но для уровня 7,8-10,0 ммоль/л оно не является очевидным.

**Цель исследования.** Сравнение эффективности и безопасности в/в инсулинотерапии с дробными подкожными (п/к) инъекциями.

**Методы и материалы.** В исследование включены 73 пациента с инсультом и СД 2 типа, рандомизированные в 2 группы. В основной группе ( $n=36$ ) проводили непрерывную инфузию инсулина в течение 24 часов после развития инсульта. Пациенты в группе сравнения ( $n=37$ ) получали инсулинотерапию в виде п/к инъекций. В обоих случаях использован инсулин короткого действия, дозирувавшийся по уровню гликемии, с ориентацией на целевые значения 7,8-10,0 ммоль/л. Эффект терапии оценивали по показателям выживаемости и динамике симптоматики инсульта по шкалам NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale score) и индексу Бартела.

**Результаты.** В основной группе целевые уровни гликемии были достигнуты через 2 (2-3) часа, в контрольной группе – через 5 (3-6) часов ( $p=0,0019$ ). Ко-

личество пациентов, достигших целевого уровня, в группе интенсивного контроля составило 97%, в группе п/к введения – 71% ( $p=0,012$ ). Среднесуточная гликемия составила 8,7 (7,5-11,3) ммоль/л в группе инфузии и 9,7 (7-11,7) ммоль/л в группе сравнения ( $p=0,025$ ). Средняя амплитуда колебаний гликемии в течение суток составила 0,95 ммоль/л в основной и 5,3 ммоль/л в контрольной группе ( $p<0,01$ ); частота гипогликемии в группе в/в введения инсулина составила 9%, в группе п/к инъекций – 22% ( $p=0,037$ ). Общее количество инсулина, вводимого в течение суток, в основной группе – 21 (13,5-43) Ед, в группе сравнения – 48 (16-166) Ед ( $p<0,01$ ). По госпитальной летальности достоверная разница не выявлена: в группе в/в введения инсулина умерли 25%, а в группе п/к введения – 32,4% ( $p=0,32$ ). Динамика неврологического дефицита по шкале NIHSS составила 12 и 6 баллов при в/в и п/к введении инсулина соответственно ( $p<0,01$ ). Разница по индексу Бартела составила 45 баллов при инфузии инсулина и 20 баллов в контрольной группе ( $p<0,01$ ).

**Выводы.** У больных СД 2 типа в острейшем периоде инсульта контроль гликемии с помощью непрерывной в/в инфузии инсулина при целевом уровне гликемии 7,8-10 ммоль/л имеет преимущество в отношении эффективности и безопасности перед п/к инсулинотерапией.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ГИРУДОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОМ БАСЕЙНЕ

Е.Р. Тагирова, С.О. Барнаулова  
ГБУЗ «Городская больница №40» Курортного административного района, Санкт-Петербург

В течение двух лет гирудотерапия проведена 335 пациентам (77% женщин, 23% мужчин) в возрасте  $55,4 \pm 3,8$  лет с диагнозом «хроническая цереброваскулярная недостаточность, дисциркуляторная

энцефалопатия с преимущественным поражением в вертебробазилярном бассейне», не переносившим инсультов. У 73% пациентов заболевание протекало на фоне длительно существующей артери-

альной гипертензии. По данным доплерографии (98 случаев), только у 3 пациентов были выявлены гемодинамически значимые стенозирующие атеросклеротические поражения прецеребральных артерий, касавшиеся сонных артерий. Патологическая извитость позвоночных артерий описана у 7 пациентов, у 43 пациентов выявлено вертеброгенное воздействие на позвоночные артерии.

Каждому пациенту проведено от 5 до 10 процедур гирудотерапии. Зоны приставки пиявок: копчик, шейно-воротниковая зона, область печени, сердца, затылочная область, сосцевидные отростки. При предъявлении основных жалоб улучшение и значительное улучшение отмечали 86% пациентов, ухудшения в процессе лечения не наблюдали.

У 93 пациентов был оценен объективный неврологический статус до и после гирудотерапии. Значительное улучшение и улучшение в неврологическом статусе после курса гирудотерапии

было отмечено у 58-87% пациентов. У 73% пролеченных пациентов было стабилизировано АД, в 34% случаев потребовалось уменьшение дозировок принимаемых гипотензивных препаратов. В большинстве случаев пациенты отмечали улучшение настроения, улучшение или нормализацию ночного сна, появление бодрости и стремления к выздоровлению.

Таким образом, при комплексной оценке клинических проявлений, объективного неврологического статуса, артериального давления, психоэмоционального состояния большинство из 335 пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией с преимущественным поражением в вертебробазилярном бассейне после курса гирудотерапии отмечали улучшение течения основного заболевания, сопровождавшееся улучшением психоэмоционального статуса и стабилизацией течения артериальной гипертензии.

## ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

*Д.А. Творогов, В.П. Акимов, Л.Г. Дваладзе, С.И. Горелов*

*ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург*

Лечение гнойно-воспалительных заболеваний и гнойных ран мягких тканей считается одним из важнейших направлений в современной хирургии. По данным разных авторов, от 15 до 30% всех хирургических больных – это больные с хирургической инфекцией. В структуре первичной обращаемости к хирургу частота хирургических инфекций кожи и мягких тканей колеблется от 20 до 70%. Одним из современных и перспективных методов лечения гнойных ран является фотодинамическая терапия (ФДТ).

**Цель.** Улучшение результатов лечения гнойных ран и гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей за счет применения ФДТ.

**Материалы и методы.** Исследование основано на сравнительном анализе результатов терапии больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей различной этиологии и локализации, находившихся на лечении в Центральной поликлинике Клинической больницы №122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России в период с июня по декабрь 2012 года. С целью сравнительного анализа непосредственных результатов лечения больные были разделены на 2 группы. Контрольную группу составили 12 больных, которым проводили традиционное

оперативное вмешательство и антибактериальную терапию. Основную группу составили 12 больных, которым после хирургической обработки гнойного очага традиционное лечение дополняли лазерной фотодинамической терапией.

ФДТ осуществляли следующим образом. На рану после ее промывания 3% раствором перекиси водорода и высушивания наносили фотосенсибилизатор хлоринового ряда – фотодитазин в виде 0,5% геля с экспозицией 90 мин. Фотодитазин – универсальный фотосенсибилизатор, применяющийся в медицинской практике как для флуоресцентной диагностики, так и для фотодинамической терапии, имеет интенсивный максимум поглощения в области 660-820 нм. В качестве источника излучения использовали полупроводниковый лазерный аппарат АЛОД 01 «Гранад» с длиной волны 662 нм.

**Результаты.** Установлено, что внедрение ФДТ способствовало более быстрой нормализации общего состояния больных. У больных контрольной группы температура тела нормализовалась в среднем на  $3,25 \pm 0,3$  сутки, использование лазерной ФДТ приводило к более быстрой нормализации температуры тела – в среднем на  $2,55 \pm 0,34$  день ( $p < 0,05$ ). Анализ динамики клинических про-

Таблица 1  
Динамика раневого процесса в зависимости от проведенного лечения

Методы лечения	Количество больных	Средние сроки (сутки)		
		очищения ран	появления грануляции	начало краевой эпителизации
ФДТ	12	3,5±0,7*	3,1±0,3*	4,1±0,3*
Традиционное лечение	12	4,5±0,7	5,8±0,6	6,5±0,6

\*При уровне значимости  $p < 0,05$  по сравнению с контрольной группой

явлений показал, что лечение гнойных ран с использованием лазерной ФДТ приводит к быстрому уменьшению перифокальных воспалительных проявлений. Гиперемия окружающих рану тканей разрешалась в течение 1-2 суток, отмечено выраженное уменьшение местного отека в среднем на 2-3 сутки, а инфильтрация в области краев ран сохранялась до 3-4 дня.

Анализируя в целом клинические проявления раневого процесса, важно отметить, что после проведения лазерной ФДТ с фотодитазином сократились сроки очищения ран от гнойного детрита и фибринозных масс, а также время появления грануляций и начала эпителизации (таблица 1). В среднем, очищение ран от гнойного детрита и фибринозных масс

наступало на 3,5±0,7 день, а появление грануляций выявлено на 3,1±0,3 сутки. На 4,1±0,5 день отмечено начало краевой эпителизации, что достоверно лучше, чем при традиционном лечении ( $p < 0,05$ ).

Объективно оценить динамику заживления гнойных ран позволяют планиметрические исследования. Проведенные этапные планиметрические исследования показали, что в группе больных, где для лечения была использована лазерная ФДТ с фотодитазином, площадь гнойных ран сокращалась быстрее, чем в контрольной группе. Так в основной группе больных площадь гнойных ран сократилась к 10-м суткам на 77,9%, в то время как при традиционном лечении – на 54,4% ( $p < 0,05$ ).

#### Выводы.

1. По данным клинических и планиметрических исследований установлено, что применение лазерной фотодинамической терапии гнойных ран мягких тканей с фотодитазином в виде геля сокращает сроки очищения ран от гнойно-некротических масс, ускоряет появление грануляционной ткани и начало краевой эпителизации и уменьшает сроки полного заживления ран по сравнению с традиционной терапией.

2. Простота и доступность применения фотодинамической терапии позволяет включать его в комплекс лечения больных с инфицированными и гнойными ранами.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ СОЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОГИ С ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С ОЖИРЕНИЕМ, НАХОДЯЩИХСЯ НА РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ТЕРАПИИ

М.Э. Тельнова, Н.А. Петунина, Я.А. Кочетков

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» МЗ РФ  
ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» МЗ РФ

**Цель исследования.** Изучение взаимосвязи ожирения и симптомов депрессии и тревоги у мужчин.

**Материалы и методы.** В исследовании приняла участие 48 мужчин с ожирением (индекс массы тела [ИМТ]  $> 30$  кг/м<sup>2</sup>), в возрасте 17-25 лет. Первую группу составили 28 мужчин с ИМТ  $37,95 \pm 3,78$  кг/м<sup>2</sup> (средний возраст  $19,89 \pm 2,11$  года), получающие медикаментозное лечение орлистатом на фоне модифицированного образа жизни на протяжении 12 недель. Во вторую группу вошли 20 мужчин с ИМТ  $37,64 \pm 2,78$  кг/м<sup>2</sup> (средний возраст  $20,75 \pm 2,88$  года), получающие только

немедикаментозное лечение в виде диетотерапии и физической нагрузки. Всем участникам исследования при скрининге и заключительном визите проводили гормональное обследование, включая определение в крови содержания кортизола, тиреотропного гормона (ТТГ), свободного Т4. Оценку выраженности депрессивной и тревожной симптоматики проводили с помощью опросника депрессии Бека. Для оценки выраженности социальной тревоги и дезадаптации использовали шкалу Либовица и шкалу тревоги Шихана, а пищевое поведение оценивали с помощью голландского опросника DEBQ.



**Результаты.** По шкале депрессии Бека средний балл составил в обеих группах  $7,1 \pm 5,6$ . У 60% испытуемых депрессия не обнаружена (значение до 8 баллов), у 35% выявлена легкая степень депрессии (9-18 баллов), у 4% (2 человек) – умеренная степень (19-26 баллов). В первой группе ИМТ на фоне лечения снизился с  $37,95 \pm 3,78$  до  $35,48 \pm 3,98$  кг/м<sup>2</sup> ( $p < 0,01$ ), что привело к снижению степени ожирения у 60,7% испытуемых. В группе сравнения изменения ИМТ были статистически незначимыми, и степень ожирения снизилась лишь у одного пациента. В первой группе с лучшими показателями эффективности лечения ожирения снижение показателей депрессии по опроснику Бека после 12 недель терапии было статистически значимым – с  $7,1 \pm 2,3$  до  $4,4 \pm 1,7$  балла ( $p < 0,05$ ). У 9 человек с легкой и умеренной степенью депрессии наблюдалось наиболее выраженное снижение симптоматики с  $11,8 \pm 2,1$  до  $6,1 \pm 1,2$  баллов после терапии ( $p < 0,01$ ). В группе сравнения изменение показателей депрессии после терапии было статистически недостоверно (с  $8,7 \pm 1,4$  до  $6,7 \pm 1,3$  соответственно). У пациентов с легкой и умеренной степенью выраженности депрессии по шкале Бека уровень кортизола до терапии достоверно выше ( $508,4 \pm 102$  нмоль/л), чем у пациентов без депрессии ( $434,5 \pm 97,2$  нмоль/л,  $p < 0,05$ ). Обнаружена положительная корреляция между изменением уровня кортизола в процессе терапии и изменением ИМТ. Кроме того, обнаружена положительная корреляция между показателями эмоциогенного пищевого поведения до начала терапии и уровнем свободного Т4 ( $r = 0,37$ ,  $p = 0,04$ ). При изучении тревоги по шкале тревоги Бека в первой

группе с умеренной и высокой степенью (14 человек) после 12 недель терапии наблюдалось ее достоверное снижение с  $14,7 \pm 4,2$  до  $8,5 \pm 3,1$  баллов ( $p < 0,05$ ). В группе сравнения среди пациентов с умеренной и высокой степенью тревоги (11 человек) также наблюдалось ее снижение с  $14,2 \pm 6,1$  до  $10,3 \pm 3,5$  баллов ( $p < 0,05$ ). После 12 недель терапии в обеих группах существенных изменений в выраженности социальной тревоги, измеряемой шкалой Либовица, не произошло.

**Выводы.** Существует определенная связь между ожирением, с одной стороны, и депрессивной и тревожной симптоматикой – с другой. У большинства обследованных пациентов депрессивная симптоматика не выходила за рамки нормальных значений или достигала легкой и умеренной степени депрессии. Одним из факторов снижения показателей депрессии и тревоги является снижение уровня кортизола. Об этом говорит более выраженное снижение показателей депрессии при терапии орлистатом на фоне более значимого снижения ИМТ. Корреляция между уровнем свободного тироксина и эмоциогенным типом переживания может говорить о том, что тиреоидные гормоны оказывают влияние на психоэмоциональное состояние и могут приводить к усилению тревоги, а переживание, возможно, является патологическим способом ее снижения.

В результате терапии орлистатом снижается выраженность экстернализованного пищевого поведения и увеличивается выраженность ограничительного.

## МАТЕРИАЛЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ТРОМБОЗА КОРОНАРНЫХ СТЕНТОВ

*А.Ю. Титков, Н.Ю. Семиголовский, Ю.С. Титков, А.В. Хмельницкий  
ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург*

Тромбоз втрурикоронарного стента (ТС) чаще происходит в первый месяц после имплантации, и в этом интервале времени он обозначается как «ранний». Однако многочисленные случаи «позднего» ТС (1-12 месяцев) при использовании стентов с лекарственным покрытием (СЛП) были описаны через месяцы и даже годы после имплантации. В настоящее время СЛП используются в стенозах высокого риска и, согласно имеющимся сообщениям, их применение может сопровождаться замедленной эндотелизацией и местными реакци-

ями гиперчувствительности.

В мета-анализе 6 трайлов, начиная с 1990-х годов, частота случаев смерти и инфарктов миокарда, связанных с ангиографически документированным ТС, составила 64,4%, а летальность при предположительном или документированном ТС – от 20 до 45% (Kaul и соавт., 2006; Grines и соавт., 2007). Частота ТС, по данным литературы, составляет 1,2-2,8%, ТС способствует развитию острого инфаркта миокарда в 79,2% случаев и повышает летальность на 20%.

**Целью работы** было изучение частоты раннего ТС и летальности при раннем ТС и поиск возможных причин позднего ТС.

**Методы исследования.** В исследование вошло 748 больных, стентированных в нашем стационаре в 2003-2008 гг., включая 345 пациентов с имплантированными СЛП Cypher, у ряда которых проводилась повторная коронарография.

**Результаты.** Отмечено 8 случаев (1,01%) ранних ТС, включая как СЛП, так и голометаллических, чаще при множественном стентировании коронарных артерий (62,5%) в сроки от 1 до 6 суток после операции. Летальность составила 37,5%.

В результате повторных коронарографий, как показано в нашей катетерной лаборатории, после имплантации стента Cypher у 4 больных (1,15%) было выявлено наличие «футляра» лакун в меди сосуды вокруг стента, заполняющихся контрастным веществом, чего не встречалось при имплантации голометаллических стентов (Хмельницкий А.В., Козлов К.Л., 2008). Авторы назвали этот феномен «потеря меди» (“media loss”) и связали с воздействием антипролиферативного покрытия стента. У всех 4 пациентов (мужчины 42, 57, 64, и 71 года) при обращении в клинику перед повторной коро-

нарографией имелись симптомы стенокардии. Сроки выявления феномена составили 4, 12, 14 и 14 месяцев после стентирования.

**Обсуждение и заключение.** В современную эру двойной антитромбоцитарной терапии средняя частота раннего ТС составляет 1%. В раннем послеоперационном периоде наряду с аспирином и клопидогрелем антитромбоцитарная терапия дополняется непрерывной инфузией нефракционированного гепарина в течение 12-18 часов под контролем АПТВ. При использовании СЛП (но не голометаллических стентов) тромбоз возникает и в более поздние сроки.

К предикторам позднего ТС относятся (по данным литературы и собственным наблюдениям): стентирование мелких сосудов, множественных, устьевых стенозов, длинные стенты, их наложение друг на друга, предшествующая брахитерапия, субоптимальный результат стентирования (включая остаточный стеноз или диссекцию), низкая фракция выброса, преклонный возраст, сахарный диабет, почечная недостаточность, острый коронарный синдром и преждевременное прекращение приема антитромбоцитарных препаратов. Одной из причин позднего ТС может являться феномен «media loss», возможно, предшествующий тромбозу.

## О РЕДКОМ ФЕНОМЕНЕ ФИСТУЛ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

*А.Ю. Тутков, Ю.С. Тутков, Н.Ю. Семизоловский*

*ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург*

В настоящее время в литературе имеются весьма немногочисленные описания коронарных артериовенозных фистул – редкого порока, при котором образуется свищ между коронарной артерией и правым желудочком, предсердием или коронарным синусом. Сброс крови при этой патологии обычно небольшой, и коронарный кровоток, как правило, не страдает.

В нашей практике имеется наблюдение множественных коронарных артерио-вентрикулярных фистул левого желудочка – еще более редкого порока развития.

У больной Ш. 56 лет при съемке электрокардиограммы в рамках диспансеризации и в отсутствие жалоб были выявлены изменения в виде субэпикардальной ишемии переднебоковой стенки левого желудочка (подъем с инверсией зубца Т V1-V6, уплощение Т в I и II отведениях). При Эхо-кардиографии обнаружено увеличение полости левого предсердия (40 мм) и нарушения внутрисердечной

проводимости, размеры других полостей сердца оказались в пределах должных величин, выявлялись фиброзные изменения межжелудочковой перегородки и передней стенки левого желудочка на всем протяжении без достоверно определяемых зон нарушения локальной сократимости. Аорта не расширена, стенки ее уплотнены. Градиенты давления на клапанах в пределах нормы, легочная артерия и нижняя полая вена не расширены. Общая сократительная функция сердца сохранена.

По итогам обследования принято решение о проведении коронарной ангиографии. Процедура прошла без осложнений и выявила у больной смешанный тип кровоснабжения сердца, выраженный шунтирующий сброс из левой коронарной артерии в области верхушки и перегородки левого желудочка. Главный ствол левой коронарной артерии без патологии, передняя межжелудочковая артерия – с межмышечным мостиком, стенозирующим ее про-

свет на 40%, в правой коронарной артерии – умеренный стеноз в средней трети – 40%.

Таким образом, случай расценен как неспецифические изменения ЭКГ, скрывающие необычную врожденную патологию – аномалию коронарных артерий с множественными коронаровентрикулярными фистулами левого желудочка в области передней стенки и верхушки.

В докладе представлены коронаро- и вентрику-

лограммы больной, обсуждается вопрос о генезе ишемических изменений на электрокардиограмме, определенный вклад в который может вносить как значительное шунтирование, так и межмышечный мостик над передней межжелудочковой артерией, а также стеноз правой коронарной артерии. Обсуждаются тактика ведения больной и диагностические возможности электрокардиографии наряду с коронароангиографией.

## ОСОБЕННОСТИ ВАЗОСПАСТИЧЕСКИХ ИНФАРКТОВ МИОКАРДА (КАРДИОМИОПАТИИ ТАКО-ТСУБО)

*Ю.С. Тутков, Н.Ю. Семиголовский, А.Ю. Тутков, Б.А. Азанов, Е.К. Верцинский, Е.В. Иванова*  
ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург

В Японии в 1990-х годах у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) была описана особая асинергия миокарда при контрастной вентрикулографии левого желудочка с «чистыми» коронарными артериями – феномен «takotsubo» (горшок-ловушка для осьминогов). Определенный вклад в развитие ОИМ при этом вносит спонтанно возникающий спазм крупных эпикардиальных артерий или микроциркуляторного русла (Kurisu S. e.a., 2002 и др.). К 2006 году аналогичные случаи (от 1-3 до 16 в отдельных сообщениях) стали приводить кардиологи Европы и Америки.

Российских описаний синдрома в доступной литературе нам встретилось немного (Хорикова Е.Н. и соавт., 2006, Шустов С.Б. и соавт., 2006, Гиляров М.Ю. и соавт., 2008, Аронов Д.М., 2008, Лиманкина И.Н., 2009).

Наши первые собственные наблюдения вазоспастического ОИМ с «чистыми» коронарными артериями были опубликованы в 2005 году (Семиголовский Н.Ю. и соавт., 2005), к стати, одновременно со статьей G. Dec Recognition of the apical ballooning syndrome in the United States (Circulation 2005; 111). Названий у описанного состояния к настоящему времени набралось немало – кардиомиопатия тако-тсубо, шарообразное расширение верхушки левого желудочка, стресс-индуцированная кардиомиопатия, транзиторное катехоламинергическое оглушение, синдром транзиторной дисфункции левого желудочка и т.д.

**Цель исследования:** оценить распространенность, диагностические критерии и особенности терапии и прогноза острого инфаркта миокарда (ОИМ) вазоспастического генеза.

**Материал и методы.** За период 1999 по 2012 гг. нам встретилось 39 случаев синдрома тако-тсубо у больных ОИМ 22-83 лет (8 мужчин, 31 женщина). Клиническая картина ОИМ сочеталась у них с характерными изменениями ЭКГ, гиперферментемией (КФК, КФК-МВ, ЛДГ), повышением уровня тропонинов I/T, а также дефектами перфузии миокарда при сцинтиграфическом исследовании, которые локализовались в верхушке левого желудочка. Последние к концу госпитализации подвергались обратному развитию. Эхо-кардиографически выявлялись зоны гипо- и/или акинезии.

Во всех наблюдениях при коронарной ангиографии гемодинамически значимые стенозы венечных артерий отсутствовали, а типичному ангинозному приступу предшествовали как психоэмоциональные, так и физические перегрузки. В одном случае – у 22-летнего больного ОИМ, возможно, имела место героиновая интоксикация. Вазоспастическая стенокардия (включая нестабильную ее форму), по данным коронарной ангиографии, выявлена нами за тот же период у 167 больных.

**Результаты.** Интенсивная терапия больных в отделении кардиореанимации проводилась по общим правилам ведения острого инфаркта миокарда, но предпочтение отдавали нитратам и антагонистам кальция, учитывая наклонность к коронароспазму, усиливающуюся при использовании бета-блокаторов, положенных по «Стандартам» лечения ОИМ. Летальных исходов не было.

**Обсуждение и заключение.** К критериям диагностики синдрома тако-тсубо относятся боль в грудной клетке, преимущественно у пожилых женщин, (старше 65 лет) с провоцирующим фактором

в виде эмоционального стресса, физической нагрузки или интоксикации (включая героиновою). Выявляется преходящий подъем сегмента ST по ЭКГ в прекардиальных отведениях, нередко диффузная инверсия зубца T. Весьма часто повышены активность креатинкиназы и уровень тропонинов крови. Осложнения включают аритмии, эмболии и кардиогенный шок. Непременным условием диагностики является отсутствие значимых коронарных стенозов при ангиографии, транзиторный перепад градиента давления в левом желудочке и «баллонирование» его верхушки при вентрикулографии. Сцинтиграфически обнаруживаются преходящие дефекты перфузии миокарда. Нередко имеются анатомические особенности ветвей левой коронарной артерии – удлинение передней нисходящей и ее диафрагмальной веточки. Рассматривая синдром тако-тсубо в совокупности с коронарным X-синдромом (Кемп Н.Г., 1973), можно говорить о едином «вазоспастическом континууме» ИБС, что

ставит вопрос о целесообразности стандартного использования при острых коронарных синдромах бета-адреноблокаторов, тромболитиков, аспирина и статинов, исходя из «презюмции вины бляшки-тромба, а не спазма» в генезе заболевания. Именно это объясняет известную неэффективность применения аспирина (Paul M., 2005 и др.) и статинов (Abramson J., Wright J., 2007 и др.), по данным многолетних популяционных исследований у пожилых женщин, а также делает малоперспективной задачу осмысленного лечения острых коронарных синдромов без использования коронарной ангиографии. Весьма сомнительными, с нашей точки зрения, являются рекомендации по использованию у больных вазоспастической коронарной болезнью бета-адреноблокаторов, основанные на экспериментальных данных, полученных у приматов (Izumi Y., 2009). Именно эти препараты, как известно, ухудшают коронарный кровоток при вазоспазме (Сидоренко Б.А., Преображенский Д.В., 1996 и др.).

## СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

*В.В. Тоидзе, В.А. Кащенко, В.Н. Горбачев, Е.Л. Васюкова, С.П. Седнев  
ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург*

Представлен опыт оперативного лечения 2347 пациентов с грыжами передней брюшной стенки с 1997 по 2012 год. Использовались различные виды пластики грыж передней брюшной стенки по способу имплантации сетчатого эндопротеза и типу эндопротеза.

По поводу паховых грыж оперировано 1567 больных. У большинства пациентов (94%) выполняли герниопластику с применением сетчатых эндопротезов. Эндовидеохирургическое лечение паховых грыж проводили по методу трансабдоминальной преперитонеальной пластики (TAPP). При выполнении как традиционной, так и лапароскопической герниопластики использовали стандартные, «лёгкие» импланты и эндопротезы ProGrip, не требующие фиксации к тканям.

По поводу послеоперационных вентральных грыж оперировано 748 пациентов, из них 69 больных перенесли оперативные вмешательства в связи с наличием гигантских грыж передней брюшной стенки. Спектр оперативных вмешательств при послеоперационных грыжах включал использование

пластики местными тканями (только при малых размерах грыж), применение синтетических имплантов различного типа (во всех случаях больших и гигантских грыж) и лапароскопическую герниопластику. Технология надапоневротической фиксации сетчатого импланта «onlay» не использовалась. Использование синтетических протезов по различным методикам – «sublay», «inlay», «intraabdominal» и пластика с расположением сетчатого эндопротеза между листками брюшины позволило осуществить дифференцированный подход к выбору операции. Лапароскопическая герниопластика при вентральных грыжах (IPOM) исполнялась в вариантах с редукцией грыжевого мешка и оставлением грыжевого мешка «in situ». При традиционной атензионной аллопластике использовались различные типы эндопротезов – «лёгкие» импланты, самофиксирующиеся импланты ProGrip и композитные эндопротезы Proceed, Patietene Composite. Представлены особенности использования различных технологий имплантации, видов эндопротезов и способов их фиксации.



## МАРКЕРЫ КОСТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

*И.Н. Топров, З.В. Хетагурова*

*ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Владикавказ*

**Цель исследования.** Изучение общих и местных регуляторов костной ткани у больных РА, определение клинико-патогенетической значимости выявленных нарушений и разработка оптимальных методов коррекции выявленных нарушений.

**Материалы и методы.** Обследованы 320 больных РА: 54 мужчины и 266 женщин преимущественно молодого и среднего возраста. Контрольная группа (КГ) – 90 практически здоровых лиц. В работе использованы методы ИФА, определение МПКТ с помощью двухэнергетической абсорбциометрии на аппарате Ge Lunar (США).

**Результаты.** Проведено одновременное комплексное исследование локальных медиаторов воспаления, минеральной плотности костной ткани, центрального и периферического звеньев эндокринной системы, маркеров ремоделирования костной ткани в зависимости от формы, степени активности, стадии артрита, длительности процесса, пола обследованных, приема глюкокортикоидных препаратов и функции половых желез. Обнаружено снижение МПКТ  $< -1SD$  по Т-критерию у 79,3% обследованных больных РА. У больных в менопаузе и у принимавших глюкокортикоидные гормональные препараты это снижение оказалось более значительным. Выявлена связь нарушений секреции провоспалительных цитокинов IL-1 и TNF- $\alpha$ , снижения уровня регулятора клеточного ответа IL-2 и повышения содержания пролактина с явлениями гиперпаратирозидизма, изменениями в оси гипоталамус-гипофиз-половые железы, инициирующими нарушение метаболизма костной ткани, что способствует проявлению остеопороза. На основании лабораторных исследований и функциональных проб с церукалом показано, что повышение содержания пролактина в сыворотке крови у больных РА происходит за счет внегипофизарного пролактина, что подтверждает системность проявлений основного заболевания.

Показана зависимость гиперпролактинемии от клинических проявлений РА и оценена ее роль в генезе остеопении.

Установлено повышение уровня остеопротегерина (ОПГ) в сыворотке крови больных РА, корреляционная взаимосвязь с содержанием паратгормона (ПТГ), показателями минеральной плотности костной ткани (МГТКТ), содержания остеокальцина в сыворотке крови в зависимости от клинических проявлений заболевания. Оценена роль повышенного содержания остеопротегерина и паратгормона в сыворотке крови как факторов, направленных на уменьшение костных потерь при остеопорозе у больных РА.

Выявлена роль повышенного уровня остеокальцина (ОКЦ) в сыворотке крови во взаимосвязи с МПКТ как показателя, характеризующего нарушение процесса формирования костной ткани при ревматоидном артрите, ассоциированного с остеопорозом.

Повышение уровня С-концевых телопептидов в сыворотке крови у больных РА со сниженной минеральной плотностью костной ткани и даже при нормальных показателях МПКТ, во взаимосвязи с уровнем пролактина, половых гормонов рассматриваются как факторы, указывающие на значительное превалирование процесса резорбции костной ткани над костеобразованием.

Показано эффективное влияние альфакальцидола, фосамакса на показатели МПКТ, уровня пролактина, остеопротегерина, паратгормона, остеокальцина и С-концевых телопептидов в сыворотке крови у больных РА. У больных РА с остеопорозом комплексное лечение с включением фосамакса и препаратов кальция влияет на динамику индекса активности болезни по DAS-28, соответствующей умеренному эффекту лечения соответственно критериям улучшения Европейской противоревматической Лиги ревматологов, сохранению клинического эффекта в течение года и более, снижению костных потерь, особенно в поясничных позвонках.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФЛИКСИМАБА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ И АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ В РСО АЛАНИЯ

<sup>1</sup>И.Н. Тотров, <sup>1</sup>З.В. Хетагурова, <sup>1</sup>С.А. Амбалова, <sup>2</sup>А.М. Купеева, <sup>2</sup>И.К. Джиоева

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Владикавказ  
<sup>2</sup>ГБУН «Институт биомедицинских исследований Владикавказского научного центра РАН и РСО-А»

Разработка принципиально новой группы лекарственных средств – генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) и внедрение их в практику является одним из важных достижений современной научной медицины.

**Цель исследования.** Изучить динамику клинических и лабораторных показателей у больных ревматоидным артритом (РА) и анкилозирующим спондилоартритом (АС) до лечения, через 4 и 8 недель после инфузий инфликсимаба.

**Материал и методы.** В исследование включены 18 пациентов (8 женщин с РА, 8 мужчин и 2 женщины с АС), серопозитивные по ревматоидному фактору и АЦЦП при РА и по антигену HLA-B27 при АС с высокой активностью воспалительного процесса до начала терапии инфликсимабом. Пациенты получали базисные противовоспалительные препараты, в том числе метотрексат и глюкокортикоиды без должного терапевтического эффекта. Эффективность терапии оценивали через 4 и 8 недель после инфузии инфликсимаба.

**Результаты.** Клинические наблюдения небольших групп больных в целом показали хорошую переносимость препарата в период и после инфузии. На фоне терапии инфликсимабом у больных РА на-

блюдалось значительное снижение активности заболевания. Уже через 4 недели уменьшилось число болезненных суставов (ЧБС) и число припухших суставов (ЧПС), уменьшалось время утренней скованности до 20 минут, динамика DAS-28 < 3,6, отмечено достоверное снижение уровней СОЭ, СРБ, РФ, повышение уровня гемоглобина.

Через 8 недель после лечения сохраняется достоверное снижение ЧБС и ЧПС, уменьшилось время утренней скованности и снизились все исследованные лабораторные показатели активности процесса.

У пациентов с АС после первой инфузии инфликсимаба наблюдалась достоверная положительная динамика основных клинических и лабораторных параметров активности заболевания, которая нарастала после второй инфузии препарата. Отмечено увеличение объема движений в позвоночнике, уменьшение числа припухших суставов (ЧПС), числа болезненных суставов (ЧБС), времени утренней скованности, снижение уровней СОЭ, СРБ, улучшение качества жизни. Снижился индекс активности процесса (BASDAI, показатель теста Шобера, Тамайера, ВАШ).

**Вывод.** Промежуточный анализ эффективности инфузий инфликсимаба свидетельствует о его способности индуцировать положительную динамику иммуновоспалительных показателей РА и АС.

## ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ЛАКТАЦИИ

<sup>1</sup>Е.Б. Троиц, <sup>2</sup>М.Ю. Шерстнов

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург

Рекомендации ВОЗ – сохранять грудное вскармливание до 6-месячного возраста ребенка. Основной причиной прекращения вскармливания в странах

Евросоюза считается отказ ребенка от груди. Актуальность проблемы обусловлена высоким уровнем заболеваемости: по данным разных авторов, до 33%

кормящих женщин встречаются с той или иной формой заболевания – маститом или лактостазом. В РФ до сих пор не утверждены стандарты диагностики и лечения таких пациенток как амбулаторно, так и в стационаре. Мы обобщили результаты собственных наблюдений и представили стандарты диагностики и лечения нарушений лактации.

Основными принципами консервативного лечения мастита следует считать опорожнение протоковой системы молочной железы и охлаждение молочной железы. Самым эффективным методом профилактики и лечения мастита считают кормление ребенка грудью. Мы применяем следующие методы лечения мастита:

1. Разжижение молока, улучшение его отхождения, расслабление протоковой системы железы: окситоцин или питуитрин per os.
2. Первоочередное опорожнение протоковой системы страдающей железы (кормление).
3. Сцеживание после окончания кормления (сначала руками, затем молокоотсосом).
4. Наложение холода (льда) на инфильтрат на 20 минут.
5. При повышении температуры до 38<sup>о</sup> и выше – парацетамол (единственный препарат, не противопоказанный кормящим).

Схему применяем регулярно через каждые 2 часа 1-2 суток. Через сутки – обязательный осмотр пациентки, помощь в расцеживании.

До появления лимфаденита антибиотики назначать мы не рекомендуем, поскольку нет ни одного препарата, отсутствие риска от назначения которого было бы доказано. При отсутствии эффекта от консервативного лечения или при позднем обращении, а также при необходимости выполнения операции следует назначать антибиотики парентерально. Кормление грудью в этой ситуации приходится временно исключить (нет никакой необходимости подавлять лактацию!).

Основным в хирургическом лечении мы считаем правильный выбор точек дренирования гнояника в молочной железе. Принципы операции: косметичность и радикальность. Обязательны адекватное опорожнение гнояников, получение материала для бактериологического и гистологического исследования, оставление 2-х и более дренажей, тампонирование раневой полости, максимальное удаление разрезов от зоны декольте и ареолы для наиболее раннего начала кормления/сцеживания оперированной железы. Кормление оперированной, как и интактной, железой начинаем через 6-12 часов после последнего введения антибиотика.

Опыт 6-и лет работы в Центре маммологии Клинической больницы № 122 им. Л.Г. Соколова убедил нас в следующем: нужна правильная подготовка беременных. Правила подготовки молочных желез и сосков к кормлению, азы грудного вскармливания, сцеживания преподают врачи и медсестры в Центре. Особое место занимает регулярная лекци-

онная деятельность сотрудников кафедры АИГ №3 СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Центра маммологии КБ №122 в подготовке акушеров-гинекологов в данной области. При своевременном оказании помощи пациенток с нарушениями лактации, даже после операции, совсем не обязательно госпитализировать. Напротив, госпитализация препятствует продолжению нормального грудного вскармливания. Госпитализация матери вместе с ребенком чревата внутрибольничной инфекцией. Поэтому 99,5% наших пациенток мы курируем амбулаторно, сделав акцент на профилактике, обучении женщин и ранней диагностике нарушений лактации.

В Центре маммологии КБ №122 за шесть лет (2006-2012) пролечено 357 пациенток с нарушениями лактации. Из них 66 оперировано (18,4%), 291 лечилась консервативно, госпитализировано 16. Восстановлена или сохранена лактация у 277 женщин (77,5%). Средний возраст пациенток 23 года. При этом средний возраст оперированных – 30,8 лет. Средний срок первичного обращения в Центр – 2 суток (для оперированных – 5 суток). Большинство женщин обращались к врачу в первые сутки после появления болей и лихорадки. Мы не назначали антибиотики (кроме наблюдений, когда до обращения к нам пациенткам уже были назначены антибиотики и запрещено кормление грудью). В подобных наблюдениях приходилось проводить с женщинами длительные разъяснительные беседы, уговаривать их вновь кормить грудью ребенка и сцеживаться, отказавшись от приема препаратов.

Госпитализировано 16 оперированных больных. Остальные 50 женщин оперированы амбулаторно (они имели стационарную историю лечения, находились в приемном отделении больницы и были выписаны на амбулаторное лечение через 6-12 часов после госпитализации). Они через 2-4 часа после вмешательства были выписаны и получали перевязки в амбулаторном режиме. Таким образом, в большинстве случаев были созданы условия для сохранения лактации и продолжения грудного вскармливания, в том числе и оперированной железой. В случае проведения антибактериальной терапии грудное вскармливание прерывали на 5-7 суток, продолжая опорожнять железы путем сцеживания. Затем пациентки возвращались к нормальному режиму вскармливания.

Своевременное обращение пациенток и раннее начало лечения – залог успеха. Из 291 пациентки, лечившейся консервативно, оперативное лечение не потребовалось ни в одном случае. Эффективность консервативной терапии напрямую зависела от сроков обращения и педантичности женщин, то есть от регулярности выполнения описанных процедур. Попытки прекратить лактацию в остром периоде лишь ухудшали состояние женщин и затрудняли процесс выздоровления.

Оптимальным сроком для этого следует считать 2-4 дня от начала заболевания. Начало адекватного

лечения в первые двое суток гарантирует положительный результат без хирургического вмешательства в большинстве наблюдений. Соблюдение основных принципов лечения позволяет приблизить результативность лечения к 100%.

Ответ на вопрос о том, когда и как лучше прекращать лактацию: Прекращать лактацию при наличии ее расстройств нельзя. Нужно восстановить ее описанными выше способами, добиться стойкого улучшения общего самочувствия женщины и полного купирования воспалительных явлений в молочных железах. Мы не советуем прекращать лактацию в рекомендациях по телефону. Назначение Достинекса или Бромокриптина способствует снижению выработки молока. Но подавляющее большинство женщин при рассмотрении этого вопроса не учитывают интересов своих детей. Они не подозревают, что после однократного приема Достинекса они ввергают ребенка в состояние отмены груди, одного из мощнейших факторов, влияющих на детскую психику. Поэтому мы видим свою задачу в психологической подготовке молодых матерей к процессу выхода из лактации, к постепенному отлучению детей от груди. Такая работа может быть проведена только очно, с учетом особенностей психоэмоционального и социального статуса женщин, не говоря уже об оценке ее здоровья и состояния молочных желез. Наш опыт говорит о том, что в

большинстве случаев лактацию удается прекратить постепенно, без приема препаратов и без психоэмоциональных потрясений.

Антибиотикотерапия не является основной в лечении лактационного мастита. Следует воздерживаться от нее максимально долго, сохраняя возможность кормления ребенка грудью и ориентируясь на общее состояние пациентки, выраженность общей реакции на воспалительный процесс и на состояние молочных желез.

Мероприятия, которые нельзя проводить при мастите: греть молочные железы; принимать горячие и/или контрастные ванны/душ; ограничивать объем жидкости per os; прикладывать медовые и прочие лепешки; отказываться от грудного вскармливания и прекращать лактацию любым способом; начинать лечение с антибиотиков.

Профилактика мастита – это не только сохранение грудного вскармливания, но и профилактика развития рака молочной железы. Мастит в анамнезе (особенно гнойный, потребовавший травматического вскрытия и дренирования гнойников) в 1,5 раза повышает риск развития рака молочной железы.

Таким образом, проблема лечения нарушений лактации – сугубо внегоспитальная, организационно-социальная, требующая комплексного труда и акушеров-гинекологов, и акушеров, и маммологов, и психологов, и, несомненно, пациенток.

## ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ АКТИВАЦИИ ФУНКЦИИ AUTOMATIC CAPTURE СИГНАЛА У ЭЛЕКТРОДОВ ЭЛБИ 216-58 ПО КРИТЕРИЮ АМПЛИТУДЫ E/R СИГНАЛА

*А.Е. Тягунов, А.Н. Александров, А.Ю. Амирасланов, А.В. Баранова, М.В. Кадырова, И.А. Хамнагадаев, И.В. Дроздов, В.Н. Федорец*

*ФГБУ «Институт хирургии им. А.В.Вишневского» МЗ РФ, Москва  
ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург  
ГУЗ «Городская клиническая больница №4» ДЗ, Москва*

**Цель.** Предварительная оценка возможности использования электродов ЭЛБИ 216-58 с ЭКС, имеющими функцию Automatic Capture, по данным интраоперационного измерения амплитуды E/R сигнала.

**Методы.** Нами проводилось исследование, включавшее 35 пациентов в возрасте от 53 до 88 лет (17 мужчин, 18 женщин) с синдромом слабости синусового узла, АВ блокадой 2 и 3 степени. Всем пациентам был имплантирован ЭКС с желудочковым электродом ЭЛБИ 216-58 и проведены стандартные

интраоперационные тесты: измерение порога стимуляции, амплитуды R-волны, импеданса электрода и дополнительно измерена амплитуда E/R волны с применением деимплантированного ЭКС, оснащенного функцией AutoCapture, и разработанного в нашем отделении переходника.

**Результаты.** При измерении амплитуды E/R сигнала ее значение во всех исследуемых случаях была более 2,0 mV, что достаточно для активации функции Automatic Capture. Среднее значение



составило 20,14 mV. Изучаемая величина обладала непараметрическим характером распределения: медиана 18,01 mV, 25 процентиль соответствовал величине 13,8 mV, а 75 процентиль – 22,5 mV.

**Выводы.** По данным интраоперационных измерений амплитуды E/R сигнала, функция Automatic Capture может быть активирована со всеми исследуемыми электродами ЭЛБИ 216-58.

## ОСОБЕННОСТИ ДИСЛИПИДЕМИИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Л.В. Уледева, Т.А. Зыкова

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» МЗ РФ, Архангельск

**Цель исследования.** Выявить особенности дислипидемии у женщин с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ).

**Материалы и методы.** Обследованы 85 женщин в возрасте 18-45 (28,26±5,3) лет с диагнозом СПКЯ. Рассчитан индекс массы тела (ИМТ), измерены окружности талии (ОТ) и бедер (ОБ). Оценена составляющая жировой ткани в организме анализатором «Omron PF-306». Лабораторный анализ включал в себя измерение в сыворотке крови общего холестерина (ХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП), триглицеридов (ТГ). Уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП) рассчитали по формуле Фривальда. Количественные данные представлены как среднее арифметическое ± стандартное отклонение, как медиана и квартили, как частоты и проценты. Для анализа данных использовали критерий  $\chi^2$ . Проводили корреляционный анализ с определением коэффициента корреляции Спирмена ( $r_s$ ).

**Результаты и обсуждение.** Антропометрические показатели обследованных: ИМТ –

22,0 [20,13-26,63] кг/м<sup>2</sup>, содержание жировой ткани – 34,35±6,63%, ОТ – 71,25 [64,13-81,0] см, ОБ – 96,23±8,65 см. Уровни липидов в сыворотке крови: ХС – 4,88±0,87 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,47 [1,21-1,77] ммоль/л, ТГ – 0,85 [0,67-1,21] ммоль/л, ХС-ЛПНП – 2,92±0,82 ммоль/л.

Выявлены следующие варианты дислипидемий: гиперхолестеринемия – 42,4% (36); снижение ХС-ЛПВП – 30,6% (26); гипертриглицеридемия – 10,6% (9); повышение ХС-ЛПНП – 45,9% (39). Дислипидемия, типичная для метаболического синдрома, выявлена у 36,5% (31). У женщин с избытком жировой ткани отмечалось повышение ХС-ЛПНП: 33 случая против 6 при нормальном содержании жировой ткани ( $\chi^2=6,830$ ,  $p=0,009$ ). Корреляционный анализ позволил установить прямую связь между следующими показателями: ИМТ и уровнем ТГ ( $r_s=0,496$ ,  $p<0,001$ ); содержанием жировой ткани и уровнями ХС ( $r=0,304$ ,  $p=0,005$ ) и ТГ ( $r=0,467$ ,  $p<0,001$ ); ОТ ( $r=0,521$ ,  $p<0,001$ ) и ОБ ( $r_s=0,408$ ,  $p<0,001$ ) коррелировали с уровнями ТГ (ОТ:  $r=0,521$ ,  $p<0,001$ ; ОБ:  $r_s=0,408$ ,  $p<0,001$ ). Уровень ХС-ЛПВП отрицательно коррелировал с ИМТ ( $r_s=-0,325$ ,  $p=0,002$ ).

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В АВИАЦИОННОЙ И КОСМИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

И.Б. Ушаков, Ю.И. Воронков, В.Н. Ардашев, М.В. Шаройко

ФГБУН ГНЦ РФ «Институт медико-биологических проблем РАН», Москва

В докладе представлены результаты многолетних исследований состояния сердечно-сосудистой системы кандидатов для отбора в отряд космо-

навтов, мониторинга нагрузок при подготовке и проведении экспериментов.

Нами используются современные методы

оценки регуляции сердечного ритма: вариабельность сердечного ритма, нелинейная динамика, дисперсионный анализ электрокардиограммы. В последние годы используются методики магнитокардиографии, ядерной магниторезонансной томографии, современные методы Холтеровско-

го мониторинга, нагрузочные пробы, провокационные нагрузочные тесты. Совокупность разработанных подходов позволяет комплексно оценить состояние исследуемых и обеспечить длительный мониторинг состояния сердечно-сосудистой системы.

## КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

<sup>1,4</sup>В.Н. Федорец, <sup>2</sup>И.В. Вологодина, <sup>2</sup>Б.А. Минько, <sup>3</sup>Е.В. Порошина

<sup>1</sup>Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН

<sup>2</sup>ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» МЗ РФ, Санкт-Петербург

<sup>3</sup>ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

<sup>4</sup>ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одним из самых распространенных и прогностически неблагоприятных осложнений заболеваний сердечно-сосудистой системы. Рациональное ведение больных пожилого и старческого возраста требует от врачей различных специальностей интегративного подхода с учетом характера и особенностей сочетанной патологии. Задача улучшения качества жизни у таких больных имеет не меньшее значение, чем увеличение продолжительности, а в ряде случаев является приоритетной.

**Цель исследования.** Изучение клинических особенностей и качества жизни у пациентов пожилого и старческого возраста с ХСН II-IV ФК (NYHA).

**Материалы и методы.** Обследован 91 больной с ХСН II-IV ФК. Средний возраст больных 80,6±0,2, 21 мужчина и 70 женщин. Проводилась оценка клинического состояния по шкале R.Cody (1993) в модификации В.Ю.Мареева (ШОКС, 2000). Обследование включало тест 6-минутной ходьбы (ТШХ) и ЭХОКГ. Для оценки качества жизни использован Миннесотский опросник качества жизни больных с ХСН (MLHFQ) и опросник SF-36. Полученные в процессе исследования данные обрабатывались с помощью программной системы STATISTICA for Windows (версия 5.11). Критерием статистической достоверности получаемых выводов мы считали общепринятую в медицине величину  $p < 0,05$ . Связи случайных величин оценивались с помощью метода множественной регрессии.

**Результаты.** Все обследованные больные страдали ИБС, острый инфаркт в прошлом перенесли 37 (41%) больных. У 79 (87%) имелась артериальная гипертензия. У всех обследованных больных имелась множественная патология. У 37% больных наблюдалось 5 и более заболеваний. Следует отметить высокую частоту встречаемости цереброваскулярной болезни (92%), патологии опорно-двигательного аппарата (60%), ожирения (47,3%). По результатам ЭХОКГ у всех пациентов имелось снижение ФВ меньше 45%. Результаты выполненной ЭХОКГ показали, что существенное значение в диагностике сердечной недостаточности имеет количественная оценка диастолической дисфункции миокарда левого желудочка, выявленной у 75% обследованных пациентов. Методом доплер-эхокардиографии установлено, что повышение максимальной скорости легочной волны А более 35 см/с и превышение её продолжительности более 30 мс указывает на повышение жесткости левого желудочка с чувствительностью 85% и специфичностью 79%. Количество баллов по ШОКС соответствовало ФК ХСН. У всех больных дистанция пройденной ходьбы по ТШХ была меньше общепринятой для данного ФК значения и составила 182,1±2,6 м у пациентов с ХСН II ФК, 153,1±4,2 м у пациентов с ХСН III ФК, 99,6±4,8 м у пациентов с ХСН IV ФК, различие между группами достоверно ( $p < 0,01$ ). Количество баллов по Миннесотскому опроснику качества жизни было больше общепринятой для данного ФК величины, что свидетельствовало о худшем качестве жизни по сравнению с общей по-

пуляцией. Увеличение количества баллов по мере увеличения функционального класса ХСН свидетельствовало о худшем восприятии своего качества жизни этими больными. По результатам опросника SF-36 качество жизни у данной категории низкое по всем шкалам, наиболее выраженные изменения получены по шкалам физического, ролевого физического и социального функционирования. Методом множественной регрессии выявлена статистически значимая корреляционная связь между качеством жизни по Миннестскому опроснику и количеством

баллов по ШОКС ( $r=0,79$ ,  $p<0,001$ ), фракцией выброса ( $r=-0,71$ ,  $p<0,001$ ), тестом с шестиминутной ходьбой ( $r=-0,81$ ,  $p<0,001$ ).

Таким образом, для пациентов старческого возраста имеется снижение переносимости физических нагрузок не только вследствие основного заболевания, но и имеющейся сопутствующей патологии. Качество жизни данной категории больных низкое, имеется прямая корреляционная зависимость между качеством жизни и соматическим статусом у таких больных.

## РОЛЬ И МЕСТО ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАБОТАЮЩИМ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

*В.Л. Филиппов, В.Р. Рембовский, Ю.В. Филиппова, Е.С. Касьяненко*

*ФГУП «НИИ гигиены, профпатологии и экологии человека»  
Федерального медико-биологического агентства, Санкт-Петербург*

Продолжающаяся тенденция ухудшения психического здоровья работающих и населения требует принятия срочных мер, отвечающих современным требованиям. На необходимость решения проблемы указывают исследования отечественных авторов (Александровский, Ю.А., 1976, 2004, 2007, 2012; Дмитриева Т.Б., 2009; Карвасарский Б.Д., 1986-2005, 2009, 2012; Краснов В.Н., 2009-2012; Курпатов В.И., 2005, 2009, 2011; Незнанов Н.Г., 1993, 2009, 2010, 2011, 2012; Семке В.Я., 2007, 2009; Тиганов А.С. 2012; Яхин К.К., 2006, 2011, 2012 и др.). Невротические состояния и депрессии приводят к снижению работоспособности или временной нетрудоспособности с последующей инвалидизацией, алкоголизму и наркоманиям, суицидам, а также возможным аварийным ситуациям на потенциально опасных предприятиях и т.д.

Исторически сложившаяся система наблюдения за состоянием здоровья работающих в учреждениях и на предприятиях, подлежащих медико-санитарному обеспечению ФМБА России, учитывая вызовы XXI века, не позволяет своевременно выявлять психические и психосоматические расстройства и осуществлять современные лечебно-профилактические и лечебно-реабилитационные мероприятия.

При организации, планировании и финансировании научно-практических исследований основное внимание до настоящего времени уделяется соматической сфере, между тем доказано – на любое вредное воздействие, прежде всего, реагирует ЦНС, нервно-психическая сфера человека, проявляясь

поведенческими реакциями или психическими расстройствами различной степени выраженности.

Промышленная психиатрия и организация здравоохранения остро нуждаются в дальнейшей разработке методологии комплексной оценки состояния психического здоровья работающих, где должны быть сформулированы основные научные принципы и основные пути практической реализации государственных мероприятий по медицинской, психолого-психиатрической, эколого-гигиенической и социальной защите людей. Это обусловлено нарастанием многофакторности негативных воздействий на человека и сложностью выделения роли каждого фактора в непосредственном и отдаленном ухудшении психического и психосоматического здоровья и необходимостью комплексной оценки психического, соматического и социального здоровья людей.

Необходимо подчеркнуть, что на изменение психического и соматического здоровья и поведение людей оказало влияние нервно-психическое напряжение, вызванное социально-экономическими потрясениями в конце прошлого века, представляющее высокую опасность для здоровья работающих и населения как в период воздействия, так и в отдаленном периоде. Начиная с 90-х годов прошлого века отмечается резкий рост распространенности саморазрушающего поведения, пограничных психических расстройств (ППР), психосоматических расстройств (ПСР) и других нервно-психических заболеваний среди всех групп населения России.

**Цель исследования** – показать роль и место психиатрии и психопрофилактики в развитии специализированной медицинской помощи лицам, работающим в экстремальных условиях.

**Материал и методы исследования.** Проведено сплошное комплексное обследование работающих с особо опасными токсичными химическими веществами (ООТХВ), компонентами ракетного топлива (КРТ). Проведен анализ распространенности пограничных психических расстройств (ППР) в зависимости от пола, стажа контакта, условий труда (группы вредности). Группой сравнения было население, проживающее на прилегающих к объектам территориях. Были использованы клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, психофизиологический и математико-статистические методы, включая методику объединенного риска (Robins L.N., 1978, 1986).

**Результаты и их обсуждение.** По данным ВОЗ, в квалифицированной психолого-психиатрической помощи хотя бы раз в жизни нуждается 15-20% населения. По данным официальной отчетности, в России обращались за психоневрологической помощью в 2007 году 7,8 млн. (5,5% населения). Среди всех обращающихся в поликлиники доля лиц с отдельными психическими расстройствами достигает 30%. Около 18% всех освобождений от срочной службы в армии связаны с психическими расстройствами и отклонениями. Среди лиц, увольняемых с военной службы по состоянию здоровья, психическая патология составляет 45,9%.

На актуальность проблемы указывает продолжающийся рост распространенности ППР, ПСР и особенно депрессий. По данным ВОЗ (2006), распространенность депрессий в мире достигает 26% среди женщин и 12% среди мужчин. Депрессия обнаруживается при большинстве соматических заболеваний. В том числе, у 18 – 39% больных с онкологическими заболеваниями и у 15 – 19% больных с ишемической болезнью сердца. Более 50% больных, обращающихся в поликлиники, обнаруживают отдельные признаки депрессии. По прогнозу ВОЗ, к 2020 году депрессия выйдет на первое место в мире по трудопотерям среди всех заболеваний, обогнав сегодняшних лидеров – сердечно-сосудистые и инфекционные болезни.

Клиническая практика указывает, что депрессия утяжеляет течение и ухудшает прогноз любого соматического заболевания, является независимым фактором риска развития цереброваскулярных и кардиоваскулярных заболеваний. У больных с сочетанием инфаркта миокарда и депрессии через 6-18 месяцев после коронарной катастрофы показатель смертности на 14% выше, чем у пациентов с инфарктом, но без депрессии (Nemeroff C.N., 2003). На фоне депрессии резко снижается готовность пациента к соблюдению врачебных рекомендаций.

Рассматривая социально-экономические последствия депрессии, видим, что депрессия находится на 1-м месте в мире среди причин неявки на работу, на 2-м – среди болезней, приводящих к потере трудоспособности. Если не будут приняты эффективные меры, то к 2020 г. депрессия парализует экономическую жизнь как развитых, так и развивающихся стран (ВОЗ, 2006). Не менее 60% всех самоубийств совершают больные с депрессией. К 2020г. именно депрессия может стать убийцей №1. В семьях, где хотя бы один супруг страдает депрессией, разводы происходят в 10 раз чаще, чем в обычных семьях. На неотложное решение проблемы указывает чрезвычайно низкая выявляемость депрессии врачами МСЧ и поликлиник (выявляется лишь в 5% случаев).

На остроту проблемы указывает то, что в 1992-2007гг. в России покончили с собой (завершенный суицид) 859 423 человек (в среднем 53 714 человек ежегодно). А сколько стало инвалидами при незавершенном суициде? Представим работающего, страдающего депрессией или другим психическим расстройством, на потенциально опасном объекте, чего от него ждать, если он думает о самоубийстве или слышит галлюцинаторные приказы что-то совершить? Практика осмотра психиатром работающего на опасном предприятии один раз в пять лет должна быть пересмотрена.

Среди причины низкого уровня диагностики и лечения депрессии необходимо выделить:

- пациент не понимает разницы между плохим настроением и депрессией как заболеванием + психологический барьер перед обращением к психиатру;
- врач (не психиатр) не имеет элементарной подготовки в области психоневрологии и навыков диагностики депрессии;
- врач-психиатр не имеет достаточной квалификации в диагностике ранних проявлений депрессии и психосоматических расстройств;
- отсутствие утвержденных стандартов помощи пациентам с различными видами депрессии.

В результате проведенных нами исследований установлена высокая распространенность ППР и ПСР, обусловленных химическим фактором и высоким нервно-психическим напряжением (НПН). При сравнении основной группы с группой сравнения различия достоверны ( $p < 0,001$ ). В этиопатогенезе заболеваний выделено несколько этапов: состояние первичной психосоматической дезадаптации, состояние вторичных клинических проявлений ППР и ПСР в результате воздействия «малыми» концентрациями ООТХВ и состояние вторичной психосоматической дезадаптации – химической психосоматической болезни (В.Л. Филиппов и Ю.В. Филиппова, 2000). Повышенное НПН, обусловленное особенностями работы в сочетании с токсическим фактором, у большинства вызывало ухудшение психического здоровья, проявляюще-



еся, прежде всего, расстройствами аффективной сферы (астено-депрессивный и тревожно-депрессивный синдромы).

Распространенность ППР у мужчин и женщин, отнесенных к различным группам по условиям труда, имела выраженные различия. У мужчин и женщин, отнесенных к I группе с наиболее вредными условиями труда, ППР встречались чаще в сравнении с 3 группой, где условия труда были наименее вредными ( $p < 0,001$ ). Тяжесть клинических проявлений (неврозоподобные и психоорганические расстройства) также была более выражена у мужчин и женщин I группы. С уменьшением вредности ППР у мужчин встречались реже в 1,5 раза во II группе и в 2,6 раза в III группе ( $p < 0,001$ ). У женщин аналогичные показатели уменьшились в 3,0 раза ( $p < 0,001$ ). Распространенность ППР как среди мужчин, так и среди женщин в зависимости от стажа работы (1-4, 5-9, свыше 10 лет) также характеризовались выраженным ростом ( $p < 0,001$ ) с увеличением стажа.

Результаты клинико-психопатологического исследования подтверждены экспериментально-психологическим и психофизиологическим методами оценки здоровья персонала в зависимости от тяжести клинических проявлений психосоматического расстройства и степени контакта с ООТХВ. В начале контакта клинические проявления носили в основном функциональный характер, в последующем формировалась отчетливая клиническая картина с неврозоподобными и психоорганическими расстройствами различной степени выраженности. Психоорганический синдром проявлялся изменениями личности, снижением интеллектуально-мнестических функций, депрессивными переживаниями, суицидными мыслями, эксплозивными реакциями, патологией диэнцефальной области, сопровождающейся вегетативными кризами.

Учитывая вызовы XXI века, приведшие к резкому ухудшению психического здоровья работающих и населения, необходимо среди основных приоритетов медицинской помощи выделять своевременную психиатрическую диагностику, психогигиену, психопрофилактику и психотерапию. Исходя из того, что психотерапия и психопрофилактика имеют свои специфические особенности, необходимо выявлять распространенность ППР и ПСР среди различных групп, работающих с ООТХВ.

Приведенные научные факты убедительно указывают на приоритет психоневрологии в развитии медицинской помощи работающим с ООТХВ и населению. Сложность диагностики объясняется однотипностью патологических реакций организма на воздействие как различными химическими веществами, так и воздействиями повышенного нервно-психического напряжения и других факторов.

**Выводы.** Для научного обоснования системы психиатрической помощи и психопрофилактики необходимо определить роль и место различных

неблагоприятных факторов, формирующих ППР и ПСР, выделить клинико-психопатологические и клинико-психологические критерии диагностики указанных расстройств различного происхождения. Полученные результаты указывают на необходимость совершенствования психиатрической помощи и психопрофилактики на предприятиях с особо опасными условиями труда, важность формирования регистров психического здоровья и мониторинга.

Результаты комплексного клинического, психологического и психофизиологического обследования необходимы для формирования системы психогигиены, определения наиболее оптимальных путей психопрофилактики и психотерапии, других лечебно-восстановительных мероприятий с целью сохранения здоровья работающих с ООТХВ, а также ранней диагностики профинтоксикаций.

Для решения проблемы, учитывая нарастающую остроту негативной ситуации с психическим здоровьем людей, важно определить приоритеты организации проводимых научных исследований в интересах современной медицинской практики и роль психиатров в ранней диагностике профинтоксикаций. Для этого необходимо:

- пересмотреть существующие и разработать новые, с учетом современных требований, нормативно-методические материалы по обоснованию психиатрического освидетельствования людей при входном контроле при приеме на работу и профосмотрах работающих на предприятиях повышенной техногенной опасности;
- выделить приоритеты для достижения реальных результатов по сохранению психического здоровья людей на предприятиях повышенной техногенной опасности;
- провести комплексное психиатрическое исследование для обобщения и анализа материалов по объективной оценке ситуации с психическим здоровьем на предприятиях, подлежащих медико-санитарному обеспечению ФМБА России, (данные официальной отчетности недостоверны), для разработки научно обоснованных программ профилактики ППР и укреплению психического здоровья с учетом сложившейся ситуации;
- разработать диагностические критерии отличия пограничных психических расстройств от начальных стадий развития психозов (эндогенных психических заболеваний) у лиц, работающих на предприятиях повышенной техногенной опасности;
- обосновать перечень методов клинического, психофизиологического, психологического, клинико-лабораторного и инструментального обследования лиц, работающих на предприятиях, подлежащих медико-санитарному обеспечению ФМБА России, для обоснования диагноза психического расстройства и разработать опросник экспресс-диагностики;
- разработать методические рекомендации «Ранняя диагностика психических расстройств (погра-

нические психические расстройства, психозы и другие расстройства) у персонала особо опасных химических производств», «Дифференциальная диагностика пограничных психических расстройств от начальных стадий развития психозов у лиц, работающих на предприятиях повышенной техногенной опасности».

Таким образом, проблема сохранения психического здоровья работающих и формирование системы психогигиены и психопрофилактики обусловлены вызовами XXI века. Определение роли и места психиатрии, психогигиены, психопрофилактики и психотерапии в развитии современной

медицинской помощи в условиях промышленных предприятий сложно без квалифицированной систематической оценки состояния психического здоровья персонала, а также дифференцированной оценки производственных и иных факторов, вызывающих состояния психической дезадаптации и нервно-психических расстройств.

Подробные результаты комплексного исследования психического здоровья работающих на предприятиях потенциальной техногенной опасности и населения, проживающего на прилегающих территориях, будут представлены в докладе.

## КОРОНАРНЫЙ КРОВОТОК У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ВОЗРАСТНЫМ АНДРОГЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ

*Д.С. Фролов, Ю.Ш. Халимов, С.Б. Шустов*

*ФГКВБОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург*

**Цель.** Определить состояние коронарного кровотока у мужчин с ишемической болезнью сердца (ИБС) и возрастным андрогенным дефицитом (ВАД) с помощью велоэргометрического теста (ВЭМ-теста), данных суточного мониторирования ЭКГ и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ) миокарда с нагрузочным тестом.

**Материалы и методы.** Обследовано 87 мужчин с ИБС. Обследованные пациенты были разделены на 2 группы: 1-я – с наличием ВАД (42 больных, средний возраст – 56 (54; 59) лет), 2-я – без ВАД (45 больных, средний возраст – 56 (52; 59) лет). Всем пациентам проводился стандартный ВЭМ-тест, выполнялись суточное мониторирование ЭКГ и ОФЭКТ миокарда в покое и с нагрузкой АТФ.

**Результаты и обсуждение.** Анализ гормонального статуса по результатам нагрузочных проб установил, что положительный результат ВЭМ-теста часто характеризовался значимым снижением уровня свободного и биодоступного тестостерона у больных ИБС ( $p < 0,05$ ). При исследовании дефекта перфузии в покое и после внутривенного введения АТФ по данным ОФЭКТ миокарда в группе с ИБС и ВАД значимый прирост дефекта перфузии миокарда был отмечен только в зоне кровоснабжения левой нисходящей артерии ( $p < 0,05$ ) и при оценке суммарного нарушения перфузии ( $p < 0,001$ ). При этом в группе с коронарной болезнью сердца без андрогенодефицита значительный прирост дефек-

та перфузии миокарда зафиксирован в зонах кровоснабжения как левой, так и правой коронарной артерии ( $p < 0,01$ ). Вероятно, полученные результаты свидетельствуют о преобладании в группе мужчин с гипотестостеронемией крупноочаговых кардиосклеротических изменений и меньшей обратимости ишемических изменений. При межгрупповом сравнении больных ИБС с ВАД и без него у пациентов 1-й группы в покое выявлено значимое нарушение дефекта перфузии в зоне кровоснабжения левой огибающей коронарной артерии ( $p < 0,05$ ), что, по-видимому, является следствием наличия большей зоны кардиосклероза в зоне перфузии данной артерии. При оценке переходящих ишемических изменений ЭКГ по результатам Холтеровского мониторирования корреляционный анализ позволил выявить отрицательную связь средней силы между уровнем общего тестостерона и количеством безболевого эпизодов депрессии сегмента ST ( $R = -0,29$ ;  $p < 0,01$ ).

**Выводы.** У мужчин с ИБС и положительным результатом ВЭМ-теста уровень свободного и биодоступного тестостерона значимо снижен по сравнению с больными с отрицательной пробой. У мужчин с ИБС и ВАД наиболее выраженные нарушения перфузии сердечной мышцы наблюдаются в зоне кровоснабжения левой огибающей артерии. По данным суточного мониторирования ЭКГ выявлена отрицательная связь между уровнем общего тестостерона и количеством эпизодов безболевого ишемии миокарда.

## УПРАВЛЯЕМАЯ ГАЛОТЕРАПИЯ ДЛЯ РЕСПИРАТОРНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ

*А.В. Червинская, Н.Е. Конеченкова, Л.В. Назарова, Л.М. Матрсова  
ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург*

Наиболее значимым фактором, предопределяющим высокую распространенность болезней органов дыхания (БОД), является большое изменение окружающей среды, связанное с загазованностью, загрязненностью воздуха, попадающего в дыхательные пути. В условиях возрастающей экологической нагрузки и роста БОД необходимы меры респираторной гигиены, направленные на очищение и оздоровление дыхательных путей, повышение их защитных свойств.

Эффективность респираторной гигиены в борьбе с БОД может быть достигнута при её массовом и регулярном применении на всех этапах лечебной и профилактической помощи. Одним из эффективных методов оздоровления дыхательных путей является галотерапия (ГТ). Управляемая ГТ реализуется с помощью медицинского оборудования (управляемый Галокомплекс на базе галогенераторов ЗАО «Аэромед»), которое создает и поддерживает в лечебном помещении (галокамере, галопалате, галокабинете) в режиме реального времени уровень природной концентрации и характеристик солевого аэрозоля. Галоингаляционная терапия (ГИТ) осуществляется с помощью портативного устройства, подающего аэрозоль в определенной концентрации непосредственно в дыхательные пути (галоингалятор Галонеб®).

Получены данные о влиянии сухого высокодисперсного аэрозоля хлорида натрия на респираторный тракт. Респирабельный сухой аэрозоль хлорида натрия (галоаэрозоль) обладает муколитическим, бронходрирующим, противовоспалительным действием, оказывает ингибирующий эффект на рост и жизнеспособность микроорганизмов, стимулирует местные иммунобиологические свойства респираторного тракта, способствует улучшению состояния общей реактивности организма. Достигнуто снижение заболеваемости ОРВИ и обострений заболевания у больных ХОБЛ, а также возникновений ОРВИ у здоровых лиц и лиц с факторами риска ХОБЛ при применении ГТ и ГИТ. Галоаэрозоль обладает выраженным saniрующим действием, восстанавливает защитные свойства респираторного тракта, нарушенные вследствие

воздействия производственных и бытовых поллютантов. Доказано восстановление и улучшение защитных свойств дыхательных путей при применении ГТ и ГИТ в группах риска ХОБЛ.

Проведен анализ результатов применения галотерапии (ГТ) в лечении пациентов многопрофильной больницы. Методы: клиничко-функциональное и лабораторное исследование 670 пациентов в возрасте от 17 до 78 лет, которым проведена ГТ в условиях управляемого Галокомплекса с использованием четырех основных режимов концентрации сухого высокодисперсного аэрозоля хлорида натрия. Состав больных: бронхиальная астма – 47%, хроническая обструктивная болезнь легких – 10%, ЛОР-патология – 40%, аллергический дерматоз и нейродермит – 3%. Дизайн исследования: случай-контроль.

**Результаты.** В основной группе отмечена более выраженная положительная динамика респираторных симптомов, показателей функции дыхания, внелёгочных проявлений аллергии, уменьшения активности местного воспалительного процесса и улучшения иммунного статуса. При отдаленном наблюдении установлено удлинение ремиссии заболеваний, сокращение объема базисной терапии, улучшение психоэмоционального статуса больных.

Результаты применения ГТ и ГИТ у больных с патологией верхних дыхательных путей показали, что наибольший эффект лечения был достигнут у больных с патологией носа и придаточных пазух. При гнойных синуситах использование лечения способствовало ликвидации гнойного содержимого и санации пазух после проведения пункции. На фоне ГТ при повторной пункции пазух выделения отсутствовали и отмечалось снижение отека. Положительный эффект получен у больных с ту-боотитами, а также при хроническом фарингите, тонзиллите, аденоидите.

Многоцелевое saniрующее и оздоровительное действие метода управляемой ГТ обуславливает целесообразность его применения в качестве реабилитационной терапии и респираторной гигиены в условиях различных медицинских и оздоровительных учреждений.

## ОЦЕНКА СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ТИПА ВЕГЕТАТИВНОГО РЕАГИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ РАЗНЫХ СТАДИЙ

*А.Ю. Черемисина, Р.Г. Сайфутдинов, М.Ф. Исмагилов*

*ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» МЗ РФ  
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ*

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний сердечно-сосудистой системы. К числу факторов, играющих важнейшую роль в развитии самой АГ и развивающихся в последующем сердечно-сосудистых заболеваниях, относятся особенности вегетативного статуса и изменение баланса вегетативной нервной системы (ВНС). В связи с этим была поставлена цель исследования: проведение сравнительного анализа суточного профиля АД, у лиц, страдающих гипертонической болезнью (ГБ), с учетом типа вегетативной конституции.

**Материалы и методы.** 70 пациентов были рандомизированы на две группы: ГБ I стадии (1 группа) и ГБ II стадии (2 группа). В 1-ю группу вошли 35 человек призывного возраста с диагностированной АГ в течение 2-5 лет (средний возраст  $20,5 \pm 1,5$  лет). 2-ю группу составили 35 человек значительно более старшего возраста (средний возраст  $64,2 \pm 1,2$  лет), страдающие ГБ II стадии в течение 10-15 лет.

Измерение АД проводили одновременно на двух руках в течение суток с помощью аппаратов Shiller BR-102 plus S/N:290.02773 и BR-102 plus S/N:290.02809 (Швейцария), в дневные часы (7.00-22.00) каждые 15 минут, в ночные часы (22.00-7.00) каждые 30 минут. Состояние ВНС

оценивали методом кардиоинтервалографии с помощью ритмокардиомонитора ЭЛОН-001М2 (Россия). Статистическую обработку данных производили с помощью программы «Статистика 6».

**Результаты.** Достоверное увеличение амплитуды моды АМо у пациентов 2-й группы свидетельствует об увеличении активности симпатического отдела ВНС. В то же время на фоне круглосуточного сохранения повышенного АД у пациентов обеих групп выявлены высокие показатели Мо, свидетельствующие о наличии симпатикотонии. В целом у обследованных выявлены три типа вегетативной конституции: симпатикотонический, дистонический, нормотонический. Обращает на себя внимание нарастание у пациентов 2-й группы частоты симпатикотонического (65,4% против 51,2% в 1-й группе) и дистонического (21% против 14% в 1-й группе) типа с уменьшением распространенности нормотонического варианта вегетативной конституции (13,6% против 34,8% в 1-й группе).

**Заключение.** Таким образом, у обследованных пациентов выявлено преобладание симпатикотонического типа реагирования ВНС при сохранении высоких значений преимущественно дневных показателей АД на обеих руках.



## ИНФОРМАТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА

*З.Р. Шафизуллина, Л.И. Великанова, Н.В. Ворохобина, Д.В. Протащик, Е.В. Обьедкова  
ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет  
имени И.И.Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург*

**Цель исследования.** Изучить особенности адреналового стероидогенеза и состояние ренин-альдостероновой системы у больных с образованиями коры надпочечников (ОКН) и разработать информативные критерии первичного гиперальдостеронизма (ПГА).

**Материалы и методы.** Обследованы 149 человек с ОКН и артериальной гипертензией (АГ) без клинических признаков гиперкортизолизма. Контрольную группу составили 30 здоровых человек. Определяли в крови содержание адренокортикотропного гормона (АКТГ), кортизола (К) в 9 час. и в 21 час., альдостерона, оценивали уровни метанефринов в крови и в моче, активность ренина плазмы (АРП). Методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ) определяли в крови уровни кортизола (F), кортизона (E), кортикостерона (B), 18-гидроксикортикостерона (18-ОНВ), 11-дегидрокортикостерона (A), П-дезоксикортикостерона (BOC), 11-дезоксикортизола (S), экскрецию с мочой свободного кортизола (UFF), свободного кортизона

(UFE), 6 $\beta$ -гидроксикортизола (бр-ОНФ) и 18-ОНВ. Проводили пробы с дексаметазоном, с физиологическим раствором (ФР) и ортостатическую пробу (ОП).

**Результаты.** У 22 больных с ОКН диагностирована альдостерон-продуцирующая аденома (АПА). Отмечено повышение в крови уровня альдостерона ( $425,9 \pm 115,4$  пг/мл,  $p < 0,01$ ) и снижение АРП ( $0,5 \pm 0,2$  нг/мл/час.,  $p < 0,01$ ). При проведении ОП отмечено снижение уровня альдостерона на  $33,1 \pm 4,3\%$ . В результате проведения пробы с ФР уровень АД составил  $169,7 \pm 35,2$  пг/мл.

По данным ВЭЖХ у больных с АПА отмечено повышение в крови уровней В ( $8,2 \pm 1,5$  нг/мл,  $p < 0,01$ ), ДОС ( $6,4 \pm 1,6$  нг/мл,  $p < 0,05$ ), 18-ОНВ ( $2,5 \pm 0,3$  нг/мл,  $p < 0,01$ ), экскреции с мочой 6 $\beta$ -ОНФ и 18-ОНВ. Отмечено снижение менее чем на 50% уровней в крови В ( $4,5 \pm 1,0$  нг/мл), ДОС ( $3,4 \pm 1,3$  нг/мл) и экскреции с мочой 18-ОНВ ( $21,8 \pm 5,7$  мкг/с) при проведении пробы с дексаметазоном. Сочетание классических методов и ВЭЖХ кортикостероидов улучшает лабораторную диагностику ПГА.

## ХРОНОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПАТОГЕНЕЗУ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

*К.А. Шемеровский  
ФГБУ «Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины»  
СЗО РАМН, Санкт-Петербург*

Одним из фундаментальных подходов к патогенезу внутренних болезней является именно хронофизиологический подход, который базируется на естественном законе биологических ритмов. Центральным биоритмом всех систем организма человека является циркадианный (околосуточный) ритм. Изучение циркадианного ритма активности желудочно-кишечного тракта с помощью неинвазивного метода хроноэнтерографии позволило

выявить закономерную зависимость повышения риска болезней от нарушения регулярности циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника. Обследовано 2500 молодых и пожилых медиков (24-75 лет). Выявлено, что замедление ритма кишечника в виде брадиэнтерии встречается у 44% лиц. Брадиэнтерия I степени тяжести (5-6 раз/нд) диагностирована у 27% лиц, II степени (3-4 раза/нд) – у 13% лиц и III степени (1-2 раза/нд) – у 4% лиц.

Показано, что риск ожирения у лиц с нарушенным ритмом кишечника (24%) в 3,5 раза выше, чем у лиц с брадиэнтерией (7%). У пациентов с гипертонической болезнью достижение целевого уровня АД (ниже 140/90) достигалось при регулярном энтеральном ритме в более короткие сроки, чем при наличии брадиэнтерии. Установлено, что брадиэнтерия является почти в 3 раза более частым фактором риска неспецифического язвенного колита, чем семейная предрасположенность к нему. У пациентов с дивертикулярной болезнью брадиэнтерия (57%) встречалась в 4 раза чаще, чем наследственная предрасположенность (14%). У больных, страдающих геморроем, брадиэнтерия встречалась (90%) в 2,3 раза чаще семейной предрасполо-

женности (39%). Риск возникновения депрессии у больных рассеянным склерозом при наличии брадиэнтерии (45%) был в 3,2 раза выше, чем у лиц с регулярным кишечным ритмом (14%). Брадиэнтерия повышает риск возникновения колоректального рака почти в 2,5 раза, причем максимальный период встречаемости брадиэнтерии (40-50 лет) почти на 20-30 лет предшествует периоду максимальной встречаемости колоректального рака (в 70-80 лет). Таким образом, хронофизиологический подход к патогенезу болезней свидетельствует о том, что нарушение регулярности циркадианного ритма кишечника является одним из ключевых факторов риска возникновения не только внутренних, но и хирургических болезней.

## МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И ВНУТРЕННЯЯ ПАТОЛОГИЯ

*А.Н. Шишкин*

*ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет»*

Многочисленные исследования подтвердили наличие тесных взаимосвязей между ожирением, артериальной гипертензией, гиперлипидемией, нарушениями толерантности к глюкозе и ИБС. Тесно связаны с формированием метаболического синдрома (МС) количество и эндокринная активность висцерального жира. Ориентировочным скрининговым показателем висцерального ожирения служит окружность талии.

В последние годы понятие «МС» расширяется. В него включают теперь не только нарушения углеводного и липидного обменов, но и гиперурикемию, микроальбуминурию, гипертрофию миокарда, повышение содержания фибриногена в крови, увеличение адгезивной и агрегационной способности тромбоцитов, повышение концентрации некоторых реагентов острофазового ответа, активность ингибиторов активатора плазминогена, гиперандрогенизм и аномалии продукции некоторых регуляторных пептидов адипоцитарного происхождения (липокинов), а также дисфункцию эндотелия со снижением продукции окиси азота (NO). Гиперурикемия довольно часто ассоциирована

с нарушениями толерантности к глюкозе, дислипидемией и гипертензией у больных абдоминальным ожирением и в последние годы рассматривается в качестве составляющей синдрома инсулинорезистентности.

Пиком развития МС является ускоренное развитие атеросклероза и его клинических проявлений. Наверное, нет ни одного из известных механизмов развития атеросклероза, который не был бы выявлен у больных абдоминальным ожирением и гиперинсулинемией. Вызывая существенные количественные и качественные изменения липопротеиновых молекул, гиперинсулинемия индуцирует атерогенные изменения липидного спектра крови. Она способствует повышению чувствительности, а возможно, и количества рецепторов ЛПНП на клеточных мембранах стенки артерии, приводя тем самым к ускоренному транспорту избытка холестерина в сосудистую стенку. Эндотелиальная дисфункция и метаболический синдром являются тесно ассоциированными состояниями и формируют порочный круг, приводящий к метаболическим и кардиоваскулярным нарушениям.

## ПРИМЕНЕНИЕ ФЛУОРЕСЦЕНТНОГО МЕТОДА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

*Л.А. Шулико, А.В. Дячук, Е.З. Щербаковский, А.Н. Дрыгин*

*ФГБУЗ «Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова  
Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург*

Известные данные о фотодинамической диагностике (ФДД) рака шейки матки не представляют исчерпывающую информацию, поэтому целью исследования явилось изучение возможности флуоресцентного метода с применением фотосенсибилизатора «Фотодитазин» различными способами в комплексной диагностике предраковых состояний и рака шейки матки (ШМ).

Обследованы 78 пациенток с дисплазией легкой-средней степени тяжести (CIN I-II) и 54 женщины с дисплазией тяжелой степени тяжести (CIN III) ШМ в возрасте от 24 до 64 лет. Всем больным выполнялось эндоскопическое обследование, включающее стандартную цервикоскопию (ЦРС) и флуоресцентную цервикоскопию (ФЦРС). С флуоресцирующих участков выполнялась биопсия слизистой, образцы ткани подвергались морфологическому исследованию. Сравнительная оценка эффективности ФДД с «Фотодитазином» и традиционной эндоскопии в белом цвете при патологии ШМ проводилась по следующим критериям: чувствительность, специфичность и точность метода.

У 28 женщин с CIN I-II через 1,5 часа после местной аппликации на экзоцервикс «Фотодитазина» в виде 0,5% геля (2 мл) чувствительность метода ФДД оказалась 90,0%, специфичность – 76,8%, а точность – 71,3%.

У 23 женщин с CIN I-II через 1,5 часа после внутривенного введения «Фотодитазина» в дозе 1,0 мг/кг веса в 200,0 мл физиологического раствора хлорида натрия чувствительность метода ФДД была 91,3%, специфичность – 87,5%, а точность – 75,1%.

У 27 пациенток с CIN I-II через 1,5 часа после местного введения в зону шейки матки 10,0 мг «Фотодитазина» в 20,0 мл физиологического раствора чувствительность метода ФДД оказалась 88,2%, специфичность – 81,7%, а точность – 72,5%.

У 54 больных с CIN III через 1,5 часа после внутривенного введения «Фотодитазина» в дозе 1,0 мг/кг веса в 200,0 мл физиологического раствора хлорида натрия у метода ФДД оцениваемые критерии составили: чувствительность – 93,2%, специфичность – 88,9%, точность – 75,0%.

Раздражение в виде гиперемии слизистой влагалища отметили 2 пациентки.

ФДД с применением фотосенсибилизатора «Фотодитазин» высокоэффективна при дифференциальной диагностике фоновых и злокачественных заболеваний шейки матки. ФЦРС позволяет выявлять очаги рака ШМ, не видимые с помощью ЦРС, определять мультифокальность поражения и границы опухолевого процесса при аппликации фотосенсибилизатора на шейку матки, введении препарата в зону шейки матки или внутривенно.

## ОСОБЕННОСТИ ПЕРФУЗИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*С.Б. Шустов, А.С. Свистов, В.Ю. Сухов, Е.А. Богданова*

*ФГКВ ОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург*

Сахарный диабет 2 типа (СД2) является одним из важнейших факторов риска развития ишемической болезни сердца (ИБС). К характерным особен-

ностям течения ИБС при СД относятся ее раннее развитие, тяжелое течение, высокий риск осложнений, что обусловлено более выраженной ишемией

миокарда у этой категории больных. В доступной литературе отсутствует информация о состоянии и особенностях перфузии миокарда у больных СД2 в сочетании с ИБС.

**Цель исследования.** Оценить особенности перфузии миокарда у больных СД2 в сочетании с ИБС.

**Материалы и методы.** Обследованы 72 больных СД2 в сочетании с ИБС. Пациенты были разделены на 3 группы: 1) 29 больных СД2 без стенокардии напряжения (Сн); 2) 25 больных СД2 со Сн I-II функционального класса (ФК); 3) 18 больных СД2 со Сн III-IV ФК. В контрольную группу (КГ) вошли 40 сравнимых по полу и возрасту больных ИБС без СД (12 больных без Сн, 16 – с Сн I-II ФК, 12 – с Сн III-IV ФК). Всем больным проводили перфузионную сцинтиграфию с использованием однофотонного эмиссионного компьютерного томографа E. Cam. Var (Siemens, Германия) и радиофармпрепаратов, меченных  $^{99\text{Tc}}$  («Технетрил» и Myoview), Изучали нарушения кровотока в бассейнах основных артерий левого желудочка: левой нисходящей артерии (ЛНА), левой огибающей артерии (ЛОА) и правой коронарной артерии (ПКА). Далее оценивали суммарное нарушение перфузии по всем основным артериям. Анализировали размеры зон нормального кровоснабжения, фиксированного дефекта перфузии (ФДП) и обратимого дефекта перфузии (ОДП), выраженные в процентном отношении. Результаты представлены в виде медианы (25-й и 75-й процентиля).

**Результаты и их обсуждение.** При изучении перфузии у больных СД2 отмечено ухудшение кровоснабжения миокарда при увеличении ФК Сн. Выделена группа обследованных с Сн III-IV ФК, в которой получены наихудшие результаты. Так, показатели нормальной перфузии миокарда ЛЖ у пациентов с Сн III-IV ФК составили 71 (22-76)% в бассейне ЛНА, 54 (36-60)% в бассейне ЛОА, 59 (29-84)% в бассейне ПКА и 61 (52-73)% суммарно по миокарду ЛЖ. Значения ФДП в этой группе составили 24 (0-52)% в бассейне ЛНА, 33 (4-54)% в бассейне ЛОА, 34 (11-54)% в бассейне ПКА и 34 (17-44)% суммарно по миокарду ЛЖ. Все перечисленные результаты достоверно меньше соответствующих показателей у обследованных без Сн и с Сн I-II ФК. Размеры ОДП между группами практически не отличались.

В КГ также можно отметить ухудшение кровоснабжения миокарда при увеличении ФК Сн, однако снижение перфузии в отличие от больных СД2 наблюдалось в равной степени за счет увеличения площади ОДП и ФДП. Показатели нормальной перфузии

миокарда по трем основным артериям у обследованных с Сн III-IV ФК составили: 80 (47-96)% в бассейне ЛНА, 62 (49-74)% в бассейне ЛОА, 57 (39-45)% в бассейне ПКА и 68 (57-77)% суммарно по миокарду ЛЖ. Первый результат был достоверно ниже, чем у пациентов без Сн, остальные – достоверно ниже, чем соответствующие показатели в группах без Сн и с Сн I-II ФК. Площадь ФДП составила 8 (4-13)% в бассейне ЛНА, 13 (4-34)% в бассейне ЛОА, 22 (13-42)% в бассейне ПКА и 14 (9-21)% суммарно по миокарду ЛЖ. Первый результат был значимо ниже, чем у пациентов без Сн, остальные – значимо ниже, чем соответствующие показатели в группах без Сн и с Сн I-II ФК. Площадь ОДП составила 8 (1-41)% в бассейне ЛНА, 23 (10-31)% в бассейне ЛОА, 15 (5-27)% в бассейне ПКА и 12 (8-30)% суммарно по миокарду ЛЖ. Полученные результаты были значимо меньше соответствующих показателей у обследованных без Сн и с Сн I-II ФК.

Сравнительный анализ состояния перфузии у больных СД2 в сочетании с ИБС и пациентов с ИБС без сопутствующего СД2 между собой соответственно тяжести течения ИБС показал, что миокардиальный кровоток больше страдал у обследованных с СД2. Статистически значимые различия получены в группе больных без Сн, где площадь нормально кровоснабжаемого миокарда была меньше при наличии СД2, что составило 90 (80-92)% и 98 (90-99)% соответственно, размеры зон с ФДП, напротив, больше у больных СД2 – 7 (4-15)% и 2 (1-4)% соответственно. У обследованных с Сн III-IV ФК кровоток был нарушен примерно в одинаковой степени, однако суммарная площадь ФДП у больных СД2 значимо превышала таковую у больных КГ – 34 (17-44)% и 14 (9-21)%, а суммарная площадь ОДП, напротив, была значимо больше у пациентов без нарушений углеводного обмена: 12 (8-30)% у больных КГ и 6 (0-10)% у больных СД2.

**Выводы.** Состояние перфузии миокарда ухудшается с увеличением ФК Сн, при этом кровоток больше страдает при наличии СД2. У больных СД2 нарушения перфузии миокарда происходят преимущественно за счет увеличения площади ФДП. У пациентов с ИБС без сопутствующего СД2 ухудшение кровоснабжения миокарда наблюдается в равной степени за счет формирования ФДП и ОДП. Полученные данные свидетельствуют о более выраженных и необратимых нарушениях кровоснабжения миокарда у пациентов с сочетанной патологией, что свидетельствует о более серьезном прогнозе и требует своевременной диагностики и лечения.



## ПРОБЛЕМЫ ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ КРОНА

О.Б. Щукина

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Основными направлениями оптимизации лечения болезни Крона (БК) считается адекватное назначение месалазина, неиспользование стероидов при перианальной БК, при наличии септических осложнений и в качестве поддерживающей терапии, своевременное назначение адекватных доз иммуносупрессоров (тиопуринов/метотрексата), а также более раннее применение анти-TNF- $\alpha$  препаратов, т.е. на том этапе заболевания, когда еще возможно приостановить прогрессирование болезни. В этой связи проведен анализ оказываемой высокотехнологичной помощи амбулаторным пациентам с БК в отдельном специализированном центре.

**Методы.** Проведен ретроспективный анализ 26 пациентов с БК, последовательно получавших терапию инфликсимабом (индукция и поддерживающее лечение). Ответ на терапию оценивали клинически, а также с учетом лабораторных результатов (клинический анализ крови), биологических показателей (С-реактивный белок, фекальный кальпротектин), данных илеоколоноскопии и МР-энтерографии (гидро-МРТ).

**Результаты.** За период с декабря 2005 по март 2012 г. биологическую терапию получали 37 больных с воспалительными заболеваниями кишечника (26 с болезнью Крона, 11 с язвенным колитом) из 467 пациентов, зарегистрированных в Городском центре диагностики и лечения ВЗК ГКБ №31. Воспалительная форма БК имела место у 2 пациентов, стриктурирующая – у 12 (резекции в анамнезе у 5 больных), пенетрирующая – у 4, перианальная БК (сложные свищи) – у 8. Инфузии инфликсимаба в плановом режиме получали только 6 из 26 больных. У этих пациентов была достигнута клинико-лабораторная ремиссия, по данным эндоскопии и МР-энтерографии отсутствовало прогрессирование заболевания, а также отсутствовала потребность в госпитализациях и повторных операциях. Инфузии не в плановом режиме проводились 20 из 26 пациентам. Одному больному изначально была назначена эпизодическая терапия, в исходе – отсутствие ремиссии заболевания. У 19 из 26 больных имело

место несоблюдение плана инфузии, основной причиной которого (17/19) являлось недостаточное обеспечение препаратом. У двух пациентов из 19 причиной несоблюдения плана инфузии была низкая приверженность лечению. Анализ исходов БК у этих 19 больных, не получавших ремикейд в плановом режиме, позволил продемонстрировать следующие исходы: 1 – летальный, 3 – повторные оперативные вмешательства, 1 – рецидивирующие эпизоды динамической кишечной непроходимости, 14 – обострение заболевания при увеличении интервала между инфузиями, что требовало назначения повторных курсов системных стероидов. Двум из 14 больных был повторно назначен индукционный курс инфликсимаба, однако у одного пациента даже сокращение интервала между инфузиями до 4 недель не позволило преодолеть ускользание ответа на препарат. Комбинированную терапию инфликсимаба с азатиоприном получали 25/26 больных. У 12 пациентов азатиоприн был отменен (неэффективность/непереносимость/токсичность).

Терапия инфликсимабом была прекращена у 5/26 больных БК по следующим причинам:

1 – переключение на хумиру – анафилактическая реакция на инфликсимаб, 1 – хронический вирусный гепатит В + токсический гепатит, 1 – летальный исход, 2 – ушли из-под наблюдения.

Исходы у больных, получающих терапию инфликсимабом (21/26): 8 – клинико-лабораторная ремиссия, 6 – клиническое улучшение, 7 – обострение, прогрессирование БК, что связано с несоблюдением режима инфузий.

**Заключение.** В целях оптимизации лечения БК важна адекватная оценка эффективности терапии БК. Для более раннего назначения биологической терапии необходимо учитывать предикторы неблагоприятного прогноза заболевания. Основной причиной проблемы: проблема побочных эффектов, большие перерывы между введениями из-за проблем с обеспечением, необходимость увеличения дозы, уменьшения интервала. Основная причина ускользания ответа на инфликсимаб – несоблюдение режима плановых инфузий, что связано с плохим обеспечением препаратом.

## РАССТРОЙСТВА МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ПОСТМЕНОПАУЗЫ ПРИ НАЛИЧИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Е.В. Южакова, Е.Н. Смирнова

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера» МЗ РФ

**Цель исследования.** Изучить характер расстройств мочеиспускания и вегетативного статуса у пациенток с сахарным диабетом (СД) в постменопаузе и оценить эффективность и переносимость препарата троспий хлорид.

**Материалы и методы.** Обследованы 69 пациенток (средний возраст –  $67,2 \pm 7,0$  года), страдающих метаболическим синдромом, из них 35 – с СД 2 типа и недержанием мочи (1 группа), 18 – с избыточным весом/ожирением и недержанием мочи (2 группа), 16 – с СД 2 типа без расстройств мочеиспускания (группа контроля). Всем больным выполнено урологическое, гинекологическое обследование, УЗИ мочевого пузыря. Оценка вегетативного статуса проведена с помощью аппарата для анализа вариабельности ритма сердца «Поли-Спектр-Ритм». Все женщины получали троспий хлорид в дозе 30 мг в сутки в течение 1 месяца.

**Результаты.** У женщин с расстройствами мочеиспускания преобладают клинические проявления поллакиурии: средняя частота мочеиспусканий – 11 микций в сутки, urgentные позывы к мочеиспусканию – до 6 раз в сутки, недержание мочи, снижение минимального объема мочеиспусканий до 50 мл. Длительность СД 2 типа у 28 женщин с расстройствами мочеиспускания не превышала 10 лет. 69% пациенток из 1 группы находились на лечении сахароснижающими препаратами,

14% получали инсулин и 17% – только диету. При оценке вегетативного статуса выявлено исходное снижение парасимпатического тонуса автономной нервной системы с относительной симпатикотонией у пациенток с метаболическим синдромом и расстройствами мочеиспускания. При проведении нагрузочных проб определялось снижение реактивности симпатического отдела вегетативной нервной системы. На фоне лечения троспий хлоридом отмечалось увеличение минимального объема мочи с 50 до 100 мл, исчезновение urgentных позывов к мочеиспусканию и эпизодов неудержания мочи, снижение частоты микций до 7 раз в сутки.

**Выводы.** Дисбаланс и изменение реактивности симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы могут влиять на развитие расстройств мочеиспускания у женщин в постменопаузе с избыточным весом. У женщин с расстройствами мочеиспускания преобладают симптомы гиперактивного мочевого пузыря. Стрессовый компонент одинаково часто встречается в группах женщин с СД 2 типа и без СД. Минимальный курс лечения троспий хлоридом способствует увеличению минимального объема выделяемой мочи, уменьшению частоты микций, снижению urgentных позывов и эпизодов недержания мочи. Отмечается хорошая переносимость препарата у пациенток старшей возрастной группы.

**ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ:**

Журнал «Клиническая больница» ФГБУЗ «Клиническая больница №122 им. Л.Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства» выпускается ежеквартально.

В журнал принимаются статьи и сообщения по наиболее значимым вопросам научной и научно-практической, лечебно-профилактической и клинической, а также учебной и учебно-методической работы.

Работы для опубликования в журнале должны быть представлены в соответствии со следующими требованиями:

1. Статья должна быть напечатана на одной стороне листа формата А4, с полуторными интервалами между строчками, со стандартными полями (слева – 3 см, справа – 1 см, сверху и снизу – 2,5 см), с нумерацией страниц (сверху в центре, первая страница без номера). Текст необходимо печатать в редакторе Word версии до 2003 включительно, шрифтом Times New Roman, 14 кеглем, без переносов.

2. Объем обзорных статей не должен превышать 20 страниц печатного текста, оригинальных исследований, исторических статей – 10 страниц, включая список литературы.

3. Присылать следует 1 распечатанный экземпляр, подписанный на титульном листе всеми авторами с указанием даты, и электронный вариант на электронном носителе. В начале первой страницы указываются инициалы и фамилии авторов, название статьи, наименование учреждения\*, где выполнена работа (на русском и английском языках), краткие сведения об авторах, а также должность, телефонный номер и электронный адрес автора, ответственного за связь с редакцией.

4. Первая страница должна содержать резюме на русском и английском языках (объемом не более 100 слов). В резюме должны быть изложены основные результаты, новые и важные аспекты исследования или наблюдений. Резюме не должно содержать аббревиатур. Далее должны быть приведены ключевые слова на русском и английском языках (не более 10 слов).

5. Текст статьи должен быть тщательно выверен и не содержать смысловых, орфографических, пунктуационных и стилистических ошибок.

6. Особенно тщательно следует описывать материалы и методы исследования, точно указывать названия использованных реактивов, фирму-изготовителя и страну происхождения.

7. Недопустимо использовать в статье фамилии, инициалы больных или номера историй болезни, особенно на рисунках или фотографиях.

8. При изложении экспериментов на животных укажите, соответствовало ли содержание и использование лабораторных животных правилам, принятым в учреждении, рекомендациям национального совета по исследованиям, национальным законам.

9. Все иллюстрации должны быть предоставлены отдельными файлами в CMYK-модели, в формате TIFF либо EPS (без использования JPG-компрессии) с разрешением не меньше 300dpi в масштабе 1:1. Название приложенного файла должно соответствовать порядку нумерации рисунка в тексте. Подписи к иллюстрациям должны быть размещены в основном тексте. На каждый рисунок, диаграмму или таблицу в тексте обязательно должна быть ссылка. В подписях к микрофотографиям, электронным микрофотографиям обязательно следует указывать метод окраски и обозначать масштабный отрезок. Диаграммы должны быть выполнены в программе Excell и приложены отдельным файлом.

10. Библиографические ссылки в тексте должны даваться цифрами в квадратных скобках и соответствовать списку литературы в конце статьи. В начале списка в алфавитном порядке указываются отечественные авторы, затем – зарубежные, также в алфавитном порядке. Общий объем ссылок не более 15.

11. Библиографическое описание литературных источников должно соответствовать требованиям ГОСТ 7.1-2003 «Библиографическая запись. Библиографическое описание документа. Общие требования и правила составления».

12. Не принимаются работы, ранее опубликованные в других изданиях.

13. Редакция имеет право требовать от авторов уточнений, изменений, а также сокращения объема материала.

14. Материалы, оформленные не в соответствии с правилами, к публикации не принимаются.

15. Присланные материалы по усмотрению редколлегии направляются для рецензирования членам редакционного совета.

**Примечание:**

\* – Указывается полное название организации, учреждения, как в учредительных документах.

## ИНФОРМАЦИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЙ ПРОКУРАТУРЫ ПО НАДЗОРУ ЗА ИСПОЛНЕНИЕМ ЗАКОНОВ НА ОСОБО РЕЖИМНЫХ ОБЪЕКТАХ

### ВНИМАНИЕ! ДЕТИ!

Родители! Научите ребенка следующим навыкам безопасного поведения на улице:

- не выставлять напоказ мобильный телефон, дорогие вещи, наличные деньги
- не поддаваться на уговоры или предложения незнакомых людей пойти посмотреть зверюшек, поиграть в игрушки и т.д.
- не входить в подъезд, не убедившись, что следом за ребенком никто не идет
- рассказывать родителям о встречах и разговорах с незнакомыми людьми
- не открывать дверь незнакомым людям, даже если они представились сотрудниками почты, полиции, членами родительского комитета, знакомыми родителей и т.д.
- не входить в лифт с незнакомыми людьми
- при выходе из квартиры даже «на минутку» посмотреть в глазок, убедиться что на площадке нет посторонних, выйти и закрыть дверь на ключ
- уходя из дома в отсутствие взрослых, оставить на видном месте записку, когда, куда и с кем ушел, во сколько вернется.

### РЕГЛАМЕНТИРОВАНА ПРОЦЕДУРА ВЫДАЧИ ЗАГРАНИЧНОГО ПАСПОРТА

Административный регламент предоставления Федеральной миграционной службой услуги по оформлению и выдаче паспортов гражданина Российской Федерации, удостоверяющих личность гражданина Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации, утвержденный приказом ФМС России от 15.10.2012 г. № 320, детально урегулировал процедуру выдачи гражданам заграничных паспортов.

В новом регламенте, в частности, указано, в какой форме граждане могут обратиться с заявлением о выдаче паспорта, а именно, лично или посредством Интернета. Так, лично можно обратиться непосредственно в территориальный орган ФМС России либо структурное подразделение территориального органа. В форме электронного документа заявление можно подать с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (vwww.gosuslugi.ru). Кроме того, можно обратиться в многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг.

На информационных стендах территориальных органов и их подразделений ФМС России (и их официальных сайтах) в обязательном порядке должна быть размещена подробная и доступная информация о порядке предоставления государственной услуги, образцы заполнения бланков заявлений и приложений к ним, перечень документов, необходимых для оформления паспорта, в том числе перечень документов, которые гражданин вправе не предоставлять.

Кроме того, каждый желающий может получить консультацию у работника подразделения ФМС как по телефону (при этом телефонный разговор не может превышать 10 минут), так и лично. Время ожидания в очереди за консультацией не должна превышать 30 минут.

С момента приема заявления заявитель имеет право на получение сведений о ходе предоставления государственной услуги по телефону, с использованием Единого портала или на личном приеме.

Время ожидания в очереди при получении заграничного паспорта должно составлять максимум 20 минут.

### УВЕЛИЧЕНЫ ШТРАФЫ ЗА ОТКАЗ В ПРИЕМЕ НА РАБОТУ ИНВАЛИДОВ

Федеральный закон Российской Федерации от 23 февраля 2013 г. № 11-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросу квотирования рабочих мест для инвалидов» внес изменения, в частности, в ст. 5.42 Кодекса РФ об административных правонарушениях, предусматривающую ответственность за нарушение прав инвалидов в области трудоустройства и занятости.

Так, в соответствии со ст. 24 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», работодатели обязаны создавать или выделять рабочие места для трудоустройства инвалидов. Ранее за неисполнение этой обязанности ответственность не наступала в силу отсутствия соответствующей нормы в КоАП РФ лишь за отказ в приеме инвалида на работу в пределах установленной квоты.

Однако новый Федеральный закон эту ситуацию урегулировал. Теперь, согласно ст. 5.42 КоАП РФ, неисполнение работодателем обязанности по созданию или выделению рабочих мест для трудоустройства инвалидов в соответствии с установленной квотой для приема на работу инвалидов, а также отказ работодателя в приеме на работу инвалида в пределах установленной квоты влечет наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от пяти тысяч до десяти тысяч рублей.

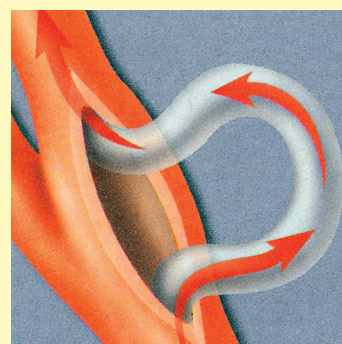
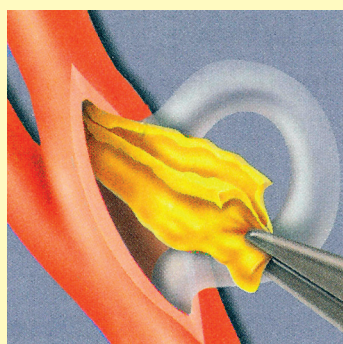




# ЦЕНТР ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА ФГБУЗ «КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №122 им. Л.Г.СОКОЛОВА ФМБА России»

## ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРА

- консервативное лечение атеросклероза брахиоцефальных артерий
- оперативное лечение атеросклероза брахиоцефальных артерий
- реабилитация и диспансеризация пациентов с атеросклерозом брахиоцефальных артерий
- мультидисциплинарный подход к проблеме профилактики и лечения атеросклероза
- информационно-методическая работа с жителями города и области, со специалистами поликлиник города и структурных федеральных подразделений, участвующих в профилактике и лечении ишемических инсультов и заболеваний сосудов



## СОВРЕМЕННАЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Широко используются как неинвазивные методики – ультразвуковое дуплексное и триплексное сканирование сосудов, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, – так и инвазивные методы диагностики – рентгеноконтрастная ангиография. Диагностическая база крупной многопрофильной больницы позволяет всесторонне обследовать пациента, выявить сопутствующие заболевания и провести необходимое лечение в кратчайшие сроки.

## СПЕЦИАЛИСТЫ ЦЕНТРА ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА

- ангиохирурги • ангионеврологи • врачи функциональной диагностики
- кардиологи • специалисты по лечению атеросклероза и нарушений липидного обмена



**Телефоны**  
**ЦЕНТРА ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА**  
**(812) 449-6018, (812) 962-9291**  
**координатор центра**  
**8 (921) 972-6417**

### Наш адрес:

194291, Санкт-Петербург, пр. Культуры, 4  
ФГБУЗ «Клиническая больница №122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России»  
главное здание, 8-й этаж, отделение хирургии №5, каб. №41

**VENTA**  
**GROUP** Logistics & Customs Services