

максимальной амплитуды) позволил выявить особенности реализации PRM-рефлексов мышц нижних конечностей, иннервируемых мотонейронами (МН) со многих сегментарных уровней ПКУ, и ЭНМГ-признаки пластичности центральных и периферических элементов двигательной системы в условиях выраженной компрессии пояснично-крестцовых корешков. Установлено замедление скорости проведения импульсов по моносинаптическим нервным дугам билатеральных мышц нижних конечностей, расположенных как проксимально, так и дистально относительно места компрессии и выполняющих функцию сгибателей; снижение рефлекторной возбудимости низко- и высокопороговых элементов мотонейронного пула тестируемых мышц; смещение участка спинного мозга, ЭС которого активизирует группу наиболее возбудимых МН исследованных мышц у лиц с компрессией с уровня Т11 позвонка, характерного для здоровых лиц, в каудальном направлении к позвоночному сегменту L1. Наряду с этим, при исследовании формы двигательных ответов мышц бедра, голени и стопы у лиц с компрессионным синдромом было установлено её отличие от неврологически здоровых обследуемых. Эти отличия, в основном, характеризовались двусторонним выраженным снижением амплитуды и большей протяжённостью формы двигательных ответов тестируемых мышц у пациентов в отличие от здоровых, что, в свою очередь, может указывать на повреждение нервно-мышечного синапса, так как истощение запасов медиатора в нервном окончании и (или) затруднение при его выделении может давать такой эффект.

Использованный в работе метод поверхностной стимуляции задних корешков спинного мозга, являющийся эффективным для вызова моносинаптических рефлексов в мышцах, имеющих мотонейронное представительство на многих сегментарных уровнях, расширяет неинвазивный спектр методов оценки состояния центральных и периферических элементов двигательной системы у лиц с различными неврологическими расстройствами.

Найден Т.В., Бартош-Зеленая С.Ю.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ТРУДОСПОСОБНЫХ МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

*ГБОУ ВПО Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, kazimir_gizm@mail.ru*

Цель: оценить роль некоторых факторов риска в развитии мультифокального атеросклероза (МФА) у трудоспособных мужчин среднего

возраста.

Материалы и методы: В основную группу вошли 128 лиц мужского пола в возрасте от 45 до 59 лет с сочетанным атеросклеротическим поражением сосудистого русла. Контрольную группу составили 40 здоровых мужчин. Статистически значимых различий возраста пациентов в основной и контрольной группах ($p = 0,045$) получено не было.

Результаты. В основной группе 112 пациентов (88%) с МФА отмечали наличие проявлений данного заболевания в анамнезе у близких родственников. Причем у большинства из них (105 человек – 82% от общей численности основной группы) локализация сочетанного поражения у членов семьи отмечалась по коронарному и брахицефальному бассейнам. Наследственный характер атеросклеротического поражения брюшной аорты с бассейном нижних конечностей и почечных артерий (ПА) отметили только 8 пациентов (6% от общего числа). 16 пациентов основной группы (12%) не отмечали случаев аналогичного заболевания у близких родственников.

Среди пациентов основной группы изменения липидограммы атерогенного характера обнаружены в 97% случаев. Все пациенты контрольной группы имели нормальные показатели липидограммы. Наличие дислипидемии было связано с преимущественным поражением коронарных артерий (КА) на фоне МФА ($p = 0,03$). Тогда как у пациентов с более выраженным поражением других артериальных бассейнов подобной зависимости не наблюдалось ($p = 0,7$).

Наличие артериальной гипертензии (АГ) и развитие гемодинамически значимых стенозов и осложнений (в виде острого инфаркта миокарда, ишемического инсульта) были взаимосвязаны у пациентов с сочетанным поражением церебрального, коронарного и почечного бассейнов ($p = 0,02$), тогда как связь АГ с прогрессированием атеросклероза артерий нижних конечностей (АНК) оказалась сомнительной ($p = 0,55$).

Большинство обследованных (96%) с МФА имели стаж курения 10 и более лет, при этом количество сигарет, выкуриваемых за сутки, составило 10 и более штук. Тогда как в группе контроля данное количество сигарет курил только каждый 5-й пациент, что указывает на большую частоту МФА у курящих лиц ($p = 0,001$).

В настоящем исследовании висцеральное ожирение имели 45% пациентов основной группы и 48% пациентов контрольной группы. Достоверной корреляции с поражением какого-либо бассейна и наличием ожирения выявлено не было ($p = 0,6$). Однако эти данные не могут служить достаточным основанием для опровержения значимости данного фактора в развитии МФА.

У пациентов основной группы наличие сахарного диабета (38 человек – 30%) с высокой степенью достоверности определяло тяжесть проявлений МФА, в

особенности при поражении ПА и АНК ($p = 0,025$). Рассматривая наличие хронической почечной недостаточности как фактора риска МФА, удалось выявить статистически значимые различия между пациентами контрольной группы и пациентами с сочетанным атеросклерозом КА и ПА (всего 20 человек, $p = 0,001$).

Выводы.

Риск развития мультифокального атеросклероза выше у лиц, близкие родственники которых страдали данным заболеванием, причем часто наследственный фактор определяет локализацию наиболее выраженных сосудистых поражений.

Известно, что наличие таких модифицируемых факторов риска, как дислипидемия, АГ, курение и сахарный диабет увеличивают риск возникновения и развития МФА и его осложнений, причем, по данным настоящего исследования, наличие дислипидемии имеет прямую связь с преимущественным поражением КА, артериальной гипертензии – с поражением КА, ПА и брахицефальных артерий, сахарного диабета – с более тяжелым течением облитерирующего атеросклероза АНК.

Курение, несомненно, является неблагоприятным фактором, т.к. имеет прямую связь с распространенностью атеросклеротического поражения.

Таким образом, роль перечисленных факторов риска достаточно велика, что особенно важно для своевременной диагностики МФА, а также с учетом возможности модификации большинства из них – для планирования тактики лечения и профилактики заболеваний, связанных с атеросклерозом.

Ю.Ю. Федорова

ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ИНТРАДИАЛИЗНОЙ ГИПОТОНИИ У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*Санкт-Петербургский государственный университет, Медицинский факультет,
Кафедра факультетской терапии, fedorovayy@mail.ru*

Внезапное падение артериального давления (АД) во время сеанса гемодиализа у пациентов с хронической болезнью почек является серьезной проблемой. Интрадиализная гипотония (ИДГ) диагностируется у 25-50% больных и является прогностически неблагоприятным признаком.

Профилактические мероприятия по предупреждению эпизодов ИДГ связаны с самой процедурой гемодиализа и с образом жизни пациента.

Одним из наиболее важных факторов, определяющих величину АД во время сеанса заместительной почечной терапии методом гемодиализа, является