

дений), сотрудниками эндокринологического центра Удмуртии был проведен скрининг у 7137 человек, имеющих факторы риска развития СД. Обследование на первом этапе включало: антропометрию с расчетом индекса массы тела, измерение артериального давления, определение в произвольное время уровня глюкозы капиллярной крови на глюкометре "One Touch Basic Plus", заполнение формализованной анкеты. Лица с уровнем гликемии $\geq 5,6$ ммоль/л направлялись на второй этап скрининга для определения гликемии натощак и проведения перорального теста на толерантность к глюкозе со стандартной нагрузкой 75 г глюкозы. Среди 7137 обследованных впервые диагностировано: больных СД 238 (3,33%), лиц с нарушением толерантности к глюкозе - 184 (2,58%) человека, т. е. в целом - 5,91% от числа обследованных, и это в трудовых коллективах, где осуществлялся систематический медицинский контроль.

Средний возраст больных СД составил $55,74 \pm 3,2$ (от 40 до 69 лет), а с нарушением толерантности к глюкозе - $52 \pm 2,4$ (от 40 до 61 года). Повышенное артериальное давление

определялось: у больных с впервые выявленным СД в 149 (62,6%), а среди пациентов с нарушением толерантности к глюкозе в 58 (31,5%) случаях. У 207 пациентов она оказалась впервые выявленной у 48 (23,1%) человек. Таким образом, проведенный скрининг на СД работающего населения Удмуртской Республики показал его высокую клиническую эффективность по раннему выявлению заболевания.

Достаточно простые методы целенаправленного скрининга и экспертного обследования организованного населения по АГ, ИБС и СД, доступные для применения на догоспитальном этапе, позволили установить значительное число недиагностированных случаев этих заболеваний даже в трудовых коллективах, где осуществлялся систематический медицинский контроль, в частности: по АГ в 60,03%; по ИБС в 55,08%; по СД второго типа в 5,91% от числа обследованных, что показывает необходимость повышения диагностического потенциала врачей общей практики, который мог бы обеспечить своевременную диагностику этой триады заболеваний.

© Р.М. Загртдинова, М.А. Филимонов, Т.Н. Баулина, Я.В. Печёрских, 2005
УДК 616.517:615.835.4

Р.М. Загртдинова, М.А. Филимонов, Т.Н. Баулина, Я.В. Печёрских

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ ЭНДОИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Кафедра дерматовенерологии (зав. кафедрой - доц. Р.М. Загртдинова),
кафедра терапии (зав. кафедрой - проф. В.В. Трусков) Ижевской государственной медицинской академии

При псориазе, как и при любом другом воспалении, происходят деструктивные изменения тканей, накопление продуктов межклеточного обмена, обладающие токсичностью. В качестве показателей эндоинтоксикации рассматриваются средномолекулярные соединения, в число которых входят С-реактивный белок, и В2 - микроглобулин. Уровня средних молекул, С-реактивного белка, В2-микроглобулина в сыворотке крови, а также содержание В2-микроглобулина в моче у больных псориазом было значительно повышено, нежели у здоровых, коррелируя с тяжестью дерматоза. Включение большой аутогеомоозонотерапии в комплексное лечение больных псориазом позволило снизить уровень эндоинтоксикации.

Ключевые слова: псориаз, эндоинтоксикация, большая аутогеомоозонотерапия.

ESTIMATION OF OZONOTHERAPY EFFICIENCY FOR THE PURPOSE OF DECREASING THE LEVEL OF ENDOINTOXICATION IN PATIENTS WITH PSORIASIS

R.M. Zagrtidinova, M.F. Filimonov, T.N. Baulina, J.V. Pecherskikh

Destructive changes in tissues, accumulation of the products of the intestinal metabolism having toxicity take place in psoriasis as in any other inflammation. Midmolecular compounds with C-reactive protein and B2-microglobulin in their composition serve as indicators of endointoxication. Patients with psoriasis had high level of mean molecules, C-reactive protein, B2-microglobulin in the blood serum and B2-microglobulin in the urine in comparison with healthy persons, correlating to severity of dermatosis. The level of endointoxication in patients with psoriasis has been decreased due to large-scale of autogemozonotherapy included into the complex therapy.

Key words: psoriasis, endointoxication, large-scale autogemozonotherapy.

Эндоинтоксикация - накопление в тканях и биологических жидкостях эндотоксинов различного происхождения. Ими могут быть продукты естественного обмена, активированные ферменты, способные повреждать ткани, медиаторы воспаления и другие биологически активные вещества. В основе эндоинтоксикации лежат различные механизмы: токсемия, тканевая гипоксия, угнетение функций собственных детоксицирующих и защитных систем организма [1, 3]. При псориазе, как и при любом другом воспалении, происходят деструктивные изменения тканей, накопление продуктов межклеточного обмена, обладающих токсичностью [2, 6]. В качестве показателей эндоинтоксикации рассматриваются средномолекулярные соединения, в число которых входят С-реактивный белок, и В2 - микроглобулин. С - реактивный белок (СРБ) - белок острой фазы, синтезируемый в печени, ростом его концентрации в крови сопровождаются практически все воспалительные процессы. В2-

микроглобулин - эндогенный белок с молекулярной массой 11800 дальтон. В2-микроглобулин полностью фильтруется через базальную мембрану гломерул, а затем 99,9% его реабсорбируется эпителием проксимальных канальцев, в лизосомальных структурах он расщепляется до аминокислот. Гиперпролиферативные процессы, опухоли, аллергические реакции способствуют повышению уровня В2-микроглобулина в крови, а угнетение реабсорбционной способности клеток почечных канальцев в результате тубулярных дисфункций приводит к увеличению экскреции В2-микроглобулина с мочой [6]. Степень накопления в крови средномолекулярных соединений определяет тяжесть состояния больных при различной патологии [3, 4, 6].

Для определения уровня средних молекул использовали спектрофотометр с длиной волны 254 нм (дейтериевая лампа). Количественное определение С - реактивного белка в сыворотке крови проводилось при помощи фотометри-

Таблица 1

Показатели уровня эндоинтоксикации у больных псориазом

Показатель	Контроль (здоровые) n=20	Больные псориазом				
		Обычный n=6	Экссудативный n=8	Поллиартрит n=9	Ладонно-подшв. n=6	Пустулезный n=4
Ср. молекулы, ед.	0,22±0,01	0,43±0,02*	0,52±0,01*	0,51±0,02*	0,53±0,02*	0,54±0,03*
СРБ, мг/л	0,25±0,03	1,48±0,12*	2,64±0,11*	2,66±0,13*	0,62±0,12*	2,62±0,09*
B2 - мкг в крови, мг/л	2,2±0,14	3,4±0,11*	3,8±0,1*	3,9±0,1*	3,6±0,12*	3,83±0,11*
B2 - мкг в моче, мкг/л	288,7±12,4	429,5±22,1*	658,5±22,5*	662,3±24,6*	655,1±18,2*	661,4±19,5*

Примечание: * $p < 0,05$ - достоверность в сравнении с контролем

ческого иммуно-турбидиметрического теста. Уровень B2-микроглобулина определялся радиоиммунологическим методом. Использовались наборы фирмы "Pharmacia diagnostics", радиометрия проб проводилась на установке "Mini-Gamma" с компьютером "Data-Box" фирмы "LKB Wallak". Учитывая быстрое разрушение B2-микроглобулина в кислой среде, pH проб перед замораживанием доводили до 6,0.

Уровни средних молекул, С-реактивного протеина и B2-микроглобулина определены у 33 больных псориазом (14 женщин и 18 мужчин) в возрасте от 20 до 63 лет, со средней продолжительностью заболевания 17,2±2,0 лет и у 20 здоровых лиц, идентичных по полу и возрасту. Показатель уровня средних молекул у больных псориазом был значительно выше - 0,49±0,02 ед., нежели у здоровых - 0,22±0,01 ед. ($p < 0,01$), причем коррелировал с тяжестью дерматоза. Концентрация С-реактивного белка также коррелировала с тяжестью заболевания и в среднем была повышена до 2,67±0,72 мг/л ($p < 0,01$) (Таблица 1).

Содержание B2-микроглобулина в сыворотке крови было повышено 3,8±0,15 мг/мл в сравнении со здоровыми 2,2±0,14 мг/л ($p < 0,01$). Данное обстоятельство можно объяснить избыточной продукцией средномолекулярных соединений в зонах чрезмерной пролиферации эпидермиса. Содержание B2-микроглобулина в моче также достоверно выше 660,5±21,3 мкг/л, чем у здоровых лиц - 288,7±12,4 мкг/л ($p < 0,01$), что указывает на наличие тубулярных дисфункций, по отношению к реабсорбции B2-микроглобулина. О субклиническом характере тубулярных функций при псориазе свидетельствуют данные общеклинических, биохимических и радионуклидных исследований, по которым показатели фильтрационной, азотовыделительной, концентрационной, экскреторной функций почек были в пределах нормы, а мочевого осадок не имел патологических элементов.

Существует два пути повышения экскреции изучаемого протеина с мочой. Во-первых, это угнетение реабсорбционных механизмов, а во-вторых, при избыточном уровне B2-микроглобулина в первичной моче, когда нормальная реабсорбционная функция канальцевого эпителия не в состоянии вернуть весь объем белка в кровь [6]. Принимая во внимание более выраженный прирост уринарного содержания B2-микроглобулина у наблюдаемых больных (на 130,6%) относительно прироста его в сыворотке крови (на 72,7%), то есть почти в 2 раза, можно предположить тубулярную природу мочевого экскреции изучаемого протеина у больных псориазом.

Все наблюдаемые больные получили базисную терапию в зависимости от клинической формы, тяжести кожного процесса и сопутствующей соматики. Пациенты с обыч-

Таблица 2

Показатели уровня эндоинтоксикации у больных псориазом

Показатель	Контроль (здоровые) n=20	Больные псориазом: До лечения	После лечения:		
			Пентоксифиллин, n=15	Сулодексид, n=20	Озонотерапией, n=20
Ср. молекулы, ед.	0,22±0,01	0,48±0,02*	0,46±0,02*	0,38±0,01*	0,25±0,02*
СРБ, мг/л	0,25±0,03	2,65±0,14*	2,61±0,16	1,89±0,15	0,72±0,17**
B2 - мкг в крови, мг/л	2,2±0,14	3,8±0,13*	3,7±0,09	3,1±0,13	2,4±0,12**
B2 - мкг в моче, мкг/л	288,7±12,4	659,9±17,6*	651,3±19,7	501,0±18,6**	307,5±11,2**

Примечание:

* $p < 0,05$ - достоверность в сравнении с контролем;

** $p < 0,05$ - достоверность в сравнении с исходными значениями.

ным псориазом получали витамины группы В, препараты кальция, желчегонные средства, селективную фототерапию, мазовое лечение. В более тяжелых торпидных к лечению случаях назначался метотрексат в дозах от 10 до 25 мг внутримышечно 1 раз в неделю по возрастающей, а затем по снижающей схеме. Больным с экссудативной формой псориаза назначались тиосульфат натрия, хлорид кальция, при необходимости антигистаминные препараты, желчегонные средства, курантил, аскорутин, селективная фототерапия. В более тяжелых случаях метотрексат по вышеуказанной методике. При псориазическом артрит были назначены метотрексат, диклофенак-ретард или ортофен внутримышечно, препараты кальция, желчегонные средства. При ладонно-подшвенной локализации дерматоза больные получали метотрексат, парафинолечение, фонофорез на ладони и подошвы с сосудорасширяющими и кератолитическими препаратами. Дополнительно к базисной терапии больные первой (84 человека) группы получали пентоксифиллин по 0,1 г. (2 мл) внутривенно капельно на 200 мл физиологического раствора №15 ежедневно, затем по 1 таблетке 2 раза в день в течение месяца. Вторая группа больных (87 человек) кроме базисной терапии получала сулодексид по 600 ЛЕ внутримышечно ежедневно №15, затем по 125 ЛЕ в таблетках 2 раза в день в течение месяца. Третья группа пациентов (91 человек) дополнительно к базисной терапии получала курс большой аутогемоозонотерапии, состоящий из 15 сеансов. Каждый сеанс включал в себя: забор у пациента 100 мл венозной крови в стерильный флакон, содержащий раствор глюцигира (в качестве антикоагулянта), кровь смешивалась с озono-кислородной смесью, выработанной аппаратом "Медозон" УОТА-60-01 (Москва) до получения концентрации 30 мг/л и вводилась больному внутривенно капельно в течение 20 - 30 минут.

Уровни С-реактивного протеина и средних молекул достоверно снизились у больных, получавших озонотерапию до 0,9±0,02 мг/л, ($p < 0,01$) и до 0,23±0,01 ед. ($p < 0,01$). Уровни B2-микроглобулина снизились как в сыворотке крови до 2,5±0,2 мг/л ($p < 0,05$), так и в моче до 322,3±12,6 мкг/л ($p < 0,05$). Полученные результаты свидетельствуют о детоксикационной роли большой аутогемоозонотерапии по отношению к средномолекулярным соединениям и положительном влиянии на состояние реабсорбционной функции канальцевого сегмента нефрона (Таблица 2).

Изменение уровней С-реактивного протеина и средних молекул у больных получавших сулодексид и пентоксифиллин недостоверно ($p > 0,05$).

Уровни сывороточного В2-микроглобулина у больных, получавших сулодексид, хотя и меньше, но достоверно снизились до $3,1 \pm 0,1$ мкг/л ($p < 0,05$), уринарного до $511,4 \pm 16,6$ мкг/л ($p < 0,05$), что скорее связано с улучшением микроциркуляции и ренальных функций. В группе больных, лечившихся

пентоксифиллином изменения уровней данного белка незначительны и недостоверны ($p > 0,05$).

Полученные данные демонстрируют эффективность включения озонотерапии в комплексное лечение больных псориазом с целью детоксикации.

Литература:

1. Васильев И.Т. Механизм развития эндотоксикоза при острых гнойных заболеваниях органов брюшной полости. Хирургия 1995;2:54-58.
2. Добротина Н.А., Химкина Л.Н., Нефедьева Г.Н., Переслегина И.А. Современное течение дерматозов у детей как экотоксической патологии. Экология человека. 1996;2:48-49.
3. Дорохин К.М., Спас В.В. Патфизиологические аспекты синдрома эндогенной интоксикации. Анестезиол и реаниматол 1994;1:56-60.
4. Копытова Т.В., Добротина Н.А., Химкина Л.Н., Ларина Т.Н. Некоторые подходы к лабораторной диагностике эндоинтоксикации при хронических дерматозах. Клин лаб диагн 2000;1:18-20.
5. Тареева И.Е. Нефрология. М.: Медицина 1995:728.
6. Химкина Л.Н., Добротина Н.А., Копытова Т.В. Значение эндогенной интоксикации при хронических дерматозах. Методы коррекции. Вестн. дерматол. и венерол. 2001;5:40-43.

© А.Д. Чуршин, 2005
УДК 616.517

А.Д. Чуршин

ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ЦИРКАДНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН СО СТАБИЛЬНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

Кафедра внутренних болезней с курсом поликлинической терапии (зав. кафедрой - проф. Л.Т.Пименов) факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки Ижевской государственной медицинской академии

В статье представлены данные, характеризующие особенности ишемического синдрома у женщин. Показаны его различия в молодом, среднем и пожилом возрасте, продемонстрировано влияние климактерического синдрома.

Ключевые слова: ишемический синдром, климактерический синдром, артериальное давление.

FEATURES OF THE ISCHEMIC SYNDROME AND CYCAD RHYTHM ARTERIAL PRESSURE AT WOMEN WITH STABLE CURRENT ISCHEMIC ILLNESS OF HEART DURING THE VARIOUS AGE PERIODS

A.D. Churshin

In clause the data describing features of an ischemic syndrome at women are submitted. Its distinctions in young are shown, average and advanced age, influence of a climacteric syndrome is shown.

Key words: an ischemic syndrome, a climacteric syndrome, arterial pressure.

Современная демографическая ситуация, характеризующаяся резким увеличением доли женщин старших возрастных групп [5], определяет возрастающее внимание к ишемической болезни сердца (ИБС), распространенность которой у женщин с возрастом после наступления менопаузы значительно увеличивается [3, 4, 14] и, несмотря на несомненные успехи в лечении, остается одной из главных проблем здравоохранения, являясь ведущей причиной смерти и нетрудоспособности женщин в наиболее развитых регионах мира [2, 11, 12, 15, 16], что вызывает повышенный интерес к изучению причин, особенностей патогенетических механизмов нарушения коронарного кровообращения у женщин [1, 6, 8, 13].

Вместе с тем, несмотря на высокие показатели заболеваемости, болезненности, нетрудоспособности и смертности от ИБС у женщин, особенно в старших возрастных группах, во многих специальных исследованиях по изучению ИБС женщины часто исключались из клинических испытаний или были представлены небольшими группами [7, 10]. Таким образом, действующие практические рекомендации базируются, как правило, на модели болезни у мужчин, а новые данные относительно ИБС у женщин часто игнорируются. До сих пор имеются лишь единичные сообщения о наличии половых различий в проявлениях ишемического синдрома [9].

В связи с изложенным целью исследования явилась оценка особенностей ишемического синдрома у женщин в молодом, среднем и пожилом возрасте с хронической ИБС (стабильной стенокардии напряжения) по данным бифункцио-

нального суточного мониторирования (СМ) электрокардиограммы (ЭКГ) и артериального давления (АД).

Материал и методы исследования. Обследовали 520 женщин – больных ИБС в возрасте от 43 до 64 лет в состоянии перименопаузы и постменопаузы (естественной и хирургической) с ИБС и 52 практически здоровые женщины аналогичного возраста. Работа велась на основе информированного добровольного согласия больных в соответствии с п. 4.6.1. Приказа №163 (ОСТ 91500.14.0001-2002) МЗ РФ и международными этическими требованиями ВОЗ (правила GCP – Good Clinical Practice) и Хельсинской декларации всемирной медицинской ассоциации по проведению биометрических исследований на людях (Женева, 1993).

Условиями включения больных в исследование являлись: подтвержденный клиническими и инструментальными исследованиями диагноз стабильной стенокардии II или III функционального класса (ФК), а также информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Диагноз стабильной стенокардии ставился в соответствии с рекомендациями АСС/АНА (2002) и Российскими рекомендациями по диагностике и лечению стабильной СК (2004) на основании наличия/сочетания следующих признаков: ФР ИБС; синдром стенокардии; документальное подтверждение перенесенного ИМ; характерные для ИБС изменения ЭКГ покоя и СМ-ЭКГ; положительный результат теста с физической нагрузкой; данные эхокардиографического исследования в покое и при фармакологических про-