

088. ПРИМЕНЕНИЯ ЭССЕНЦИАЛЬНЫХ ФОСФОЛИПИДОВ В ТЕРАПИИ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Дударева Л.А., Ткачев А.В., Вовк В.О.

ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Росздрава», Ростов –на –Дону, Россия

Цель исследования. Оценить гепатопротекторную эффективность применения эссенциальных фосфолипидов в терапии неалкогольного стеатогепатита у больных метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Обследовано 30 пациентов (14 – мужчин, 16 – женщин) с неалкогольным стеатогепатитом в возрасте $49,67 \pm 12,21$ лет. Срок наблюдения 12 недель. В ходе исследования оценивали клиническую симптоматику (тяжесть и боли в правом подреберье, диспептический и астенический синдромы). Выполняли УЗИ печени в динамике, оценивали изменение показателей АЛТ, АСТ, билирубина, щелочной фосфатазы, ГГТП. Все пациенты получали по 2 капсулы Фосфоглива 3 раза в день за 30 минут до еды на протяжении 84 дней. Для анализа использовали программу Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение: Достоверно выявлено уменьшение болевой симптоматики (75% – до начала лечения, 5% – после лечения), снижение выраженности пальпаторной болезненности (75% – до начала лечения, 5% – в конце лечения), проявлений астенического синдрома с 85% до начала лечения, до 40% после терапии. Отмечалось достоверное ($p < 0,01$) снижение уровня трансаминаз в сравнении с исходным (АСТ $1,90 \pm 0,6$ – до лечения и $0,73 \pm 0,27$ – после лечения; АЛТ $1,97 \pm 0,87$ – до лечения и $0,71 \pm 0,25$ – после лечения); размеры печени по данным УЗИ составили для правой доли печени $168,67 \pm 12,75$ мм – до лечения, $167,71 \pm 11,86$ мм – после лечения, для левой доли печени до лечения $68,63 \pm 12,65$ мм и $67,63 \pm 12,84$ мм – после лечения. Достоверных изменений в ту или иную сторону со стороны липидного профиля, показателей гликемии получено не было. Побочных эффектов у обследованной группы не наблюдалось.

Выводы. Применение эссенциальных фосфолипидов при неалкогольном стеатогепатите значительно уменьшает проявления астенического и болевого синдромов у подавляющего числа пациентов с

метаболическим синдромом; сопровождается достоверным снижением выраженности цитолитического синдрома, терапия хорошо переносится пациентами. Отсутствует неблагоприятное влияние на липидный и углеводный обмен.

089. К ВОПРОСУ О ПОНЯТИИ «ОПТИМАЛЬНОГО» ЗНАЧЕНИЯ ИНТЕРВАЛА QTc У МУЖЧИН

Дульский В.А., Мозерова Е.М.
Иркутский государственный медицинский университет, МУЗ Городская поликлиника №6 г. Иркутска, Россия

Цель исследования – определить «оптимальное» значение скорректированного интервала Q-T (IQ-Tc) у мужчин.

Материалом работы послужили 5209 ЭКГ зарегистрированных в 12-ти отделениях на аппарате «Spectrum ECG Systems» (USA) в городской поликлинике среди мужчин 15 лет и старше. Часть обследуемых выполнили ЭКГ более одного раза, но в анализ включали только одну ЭКГ. ПИQ-Тс рассчитывали по формуле $Q-Tc = Q-T_{изм}/\sqrt{R-R}$. Измерение IQ-T производили от самой ранней точки комплекса QRS до максимально поздней точки зубца Т в месте его перехода в изоэлектрическую линию во II стандартном отведении «ручным» способом. Измерения интервала Q-T не проводили во всех исключаящих случаях. Дальнейшему анализу подверглись 2456 ЭКГ среди которых мы исключили ЭКГ-патологию по Миннесотскому коду. После чего сформировали группу «ЭКГ-здоровых» мужчин (n=679). Среди них через 10 лет наблюдения умерло 192 человека, 107 выбыло из исследования и выжило 380 человек. В группе выживших в дальнейший анализ не включали лиц моложе 20 лет и старше 60 лет (n=313). В последующем, среди выживших генератором случайных чисел выбрали одинаковое количество лиц в разных возрастных группах и с разной ПИQ-Тс (n=90). Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей, методов описательной статистики. Средние значения представлены с их стандартными отклонениями.

Полученные результаты. В группе 313 человек медиана возраста составила 42 года (интерквартильный размах от 32 до 50 лет). Средняя ПИQ-Тс - 392,69±22,2 мс, ±95% интервал для средней – 390,22 мс и 395,16. После стандартизации по возрасту и ПИQ-Тс (n=90) медиана возраста составила 48,5 лет (интерквартильный размах от 40 до 56 лет). Средняя ПИQ-Тс составила 396,65±21,87 мс, ±95% доверительный интервал для средней – 392,07 мс и 401,23 мс. Анализ частот ПИQ-Тс выявляет, что ПИQ-Тс 430 мс и выше наблюдается у 13 из 313 мужчин; от 420 мс до 430 мс – у 16 человек из 313; от 410 мс до 420 мс – у 40 человек (12,8%); от 400 до 410 мс – 13,7%; от 390 до 400 – 20,4%; от 380 мс до 390 мс – 16,3%; от 370 мс до 380 мс – 13,4%.

Выводы: Значения интервала Q-Tc от 390 мс до 400 мс могут рассматриваться в качестве оптимальных значений. Более точные данные могут быть получены в

группе здоровых мужчин выживших через 10 лет наблюдения.

090. РИСК ФАТАЛЬНОГО ИСХОДА СРЕДИ МУЖЧИН ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗНАЧЕНИЯХ ИНТЕРВАЛА QTc ПО ЭКГ

Дульский В.А., Мозерова Е.М.
Иркутский государственный медицинский университет, МУЗ Городская поликлиника №6 г. Иркутска, Россия

Цель исследования – выявить продолжительность скорректированного интервала QT (ПИQ-Тс) с наименьшим относительным риском фатальных событий.

Материалом работы - ЭКГ исследования на аппарате «Spectrum ECG Systems» (USA) в городской поликлинике среди мужчин ≥15 лет. Выполнено 5209 ЭКГ, из них 64 – признаны бракованными. В анализ включали только одну ЭКГ. ПИQ-Тс рассчитывали по формуле $Q-Tc = Q-T_{изм}/\sqrt{R-R}$. Измерение ПИQ-Т производили от самой ранней точки комплекса QRS до максимально поздней точки зубца Т в месте его перехода в изоэлектрическую линию во II стандартном отведении «ручным» способом. Измерения интервала Q-T не проводили во всех исключаящих случаях. После чего анализу подверглись 2456 ЭКГ, среди которых была исключена ЭКГ-патология (как по Миннесотскому коду, так и по дополнительным признакам). В последующем провели стандартизацию по возрасту среди мужчин от 20 до 70 лет и по ПИQ-Тс. Были сформированы две группы по ПИQ-Тс: 380-400 мс (n=173) и 400-420 мс (n=157). Групп с ПИQ-Тс менее 380 мс и более 420 мс, стандартизированных по возрасту, сформировать не удалось в связи с малым количеством здоровых мужчин, имеющих такую продолжительность Q-Tc.

Мониторинг фатальных событий осуществляли на протяжении 10 лет. Статистический анализ данных проводился с помощью системы статистического анализа и извлечения информации STATISTICA (StatSoft, USA). Использовались стандартные методы описательной статистики (оценка нормальности распределения Shapiro-Wilk, квартилей и ранговых статистик и т.д.), таблицы частот. Сравнение частот бинарного признака проводили по критериям χ^2 , Yates corrected χ^2 , V-square, одно- и двусторонний Fisher exact p.

Полученные результаты. Медиана возраста мужчин с ПИQ-Тс 380-400 мс составила 49,0 лет (интерквартильный размах 37,0-59,0); 400-420 мс – 49,0 лет (41,0-60,0). Относительный риск смерти от всех причин для мужчин (в сравнении с группой мужчин ПИQ-Тс от 380 до 400 мс) составил 1,51 (±95% ДИ 1,07-2,12), $\chi^2=0,017$; V-square=0,017; Yates corrected $\chi^2=0,024$; one-tailed Fisher exact p=0,012; two-tailed Fisher exact p=0,021.

Выводы. 1. Относительный риск фатального исхода от всех причин в 1,5 раза выше в группе мужчин с ПИQ-Тс от 400 мс до 420 мс по отношению к группе с ПИQ-Тс от 380 мс до 400 мс (p<0,024). 2. ПИQ-Тс от 380 мс до 400 мс может рассматриваться в качестве оптимальных значений для мужчин.