

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

ультрафильтрация (УФ). АД зависит от скорости и объема УФ. Скорость УФ: для поддержания гемодинамической стабильности скорость УФ должна быть меньше скорости восполнения объема плазмы, то есть меньше 15-20 мл/кг/ч. Объем УФ: дегидратация ниже оптимального «сухого веса» пациента приводит к развитию ИДГ (сухой вес - это целевой вес после диализа, при котором наблюдается эволеция).

Использование бикарбонатного диализирующего раствора способствует стабилизации АД во время проведения гемодиализной терапии.

Интрадиализное АД зависит от концентрации натрия в диализирующем растворе. Рекомендуемое содержание натрия в диализирующем растворе, согласно Европейским рекомендациям по гемодиализу (EBPG, 2007), составляет 138-144 ммоль/л.

Содержание кальция в диализирующем растворе также оказывает влияние на стабильность АД во время гемодиализа. Повышенная концентрация кальция способствует усилению сократимости миокарда, увеличению сердечного выброса и, таким образом, сохранению гемодинамической стабильности. Согласно Европейским рекомендациям (EBPG, 2007), оптимальным уровнем кальция в диализирующем растворе является 1,50 ммоль/л.

Концентрация магния в диализирующем растворе – еще один фактор, влияющий на развитие ИДГ. Содержание в диализирующем растворе магния и кальция не менее 0,75 ммоль/л и 1,25 ммоль/л соответственно – уменьшают число эпизодов ИДГ. Согласно Европейским рекомендациям (EBPG, 2007) у пациентов с частыми эпизодами ИДГ содержание магния в диализирующем растворе должно быть выше 0,25 ммоль/л.

В соответствии с Европейскими рекомендациями (EBPG, 2007) по гемодинамической нестабильности у пациентов, получающих лечение программным гемодиализом, температура диализирующего раствора должна составлять 35-36°C. Пациентам с частыми эпизодами ИДГ показан изотермический гемодиализ, то есть диализ, при котором температура тела пациента остается неизменной.

Продолжительное время диализа (например, 8 часов 3 раза в неделю или 6 раз в неделю в ночное время) или частые короткие диализы (в неделю 6 процедур по 2-3 часа) эффективны в отношении нормализации АД.

Белково-энергетическая недостаточность является фактором риска развития ИДГ. Так, при гипоальбуминемии снижается онкотическое давление плазмы, что приводит к уменьшению объема циркулирующей крови.

Ограничение соли в диете ведет к уменьшению прибавки веса в междиализный период и улучшению контроля АД на диализе. Количество случаев ИДГ снижается при диетическом ограничении соли до 6 г/сут.

Прием пищи во время процедуры гемодиализа индуцирует развитие ИДГ, вследствие дилатации сосудов внутренних органов, ведущей к снижению системного сосудистого сопротивления.

Суммируя вышесказанное, основными методами профилактики ИДГ являются:

- как можно меньшая междуализная прибавка веса посредством сокращения потребления поваренной соли
- скорость УФ менее 15 мл/кг/час
- большая продолжительность гемодиализа или большее число сеансов
- индивидуализированная изотермическая температура диализата
- ограничение приема пищи во время проведения гемодиализа
- объективные методы оценки «сухого веса».

*Н.В. Худякова, А.Н. Шишкин, И.Ю. Пчелин, В.В. Смирнов*

### **ДИСЛИПИДЕМИЯ И МЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОК, ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ**

*СПбГУ, медицинский факультет, кафедра факультетской терапии. СПбГПМА, кафедра госпитальной терапии, [uhs83@mail.ru](mailto:uhs83@mail.ru)*

**Введение.** На сегодняшний день менопауза, в том числе, возникшая вследствие хирургического вмешательства, рассматривается и как фактор риска развития метаболических нарушений, и как одна из основных причин, способствующих взаимоотношению течения компонентов метаболического синдрома (МС), приводящих к формированию порочных кругов.

**Цель исследования.** Оценить показатели липидного спектра, уровни половых стероидов (ПС) и гонадотропинов (ГТ) у пациенток с МС в перименопаузе, после гистерэктомии (ГЭ).

**Материалы и методы.** Обследовано 40 женщин в перименопаузальном периоде с МС. Рассматривались две группы: основная (18 чел) пациентки с МС, после ГЭ в анамнезе (средний возраст  $49,50 \pm 2,06$  лет) и группа сравнения (24 чел) пациентки с МС с сохраненным менструальным циклом (средний возраст  $48,14 \pm 0,94$  лет). Оценивались следующие лабораторные параметры: липидограмма, уровни ГТ: фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), лютеинизирующий гормон (ЛГ) и ПС: эстрадиол (Е2), прогестерон (ПГ), свободный тестостерон (Тсв.). Индекс массы тела рассчитывался по формуле  $\text{кг}/\text{м}^2$ .

**Результаты.** Показатели уровней общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) оказались достоверно выше у пациенток основной группы: ОХС -  $6,81 \pm 0,50$  и  $5,74 \pm 0,20$  ммоль/л; ТГ -  $2,74 \pm 0,64$  и  $1,53 \pm 0,16$  ммоль/л; ЛПОНП -  $1,29 \pm 0,31$  и  $0,70 \pm 0,08$  ммоль/л ( $p=0,01$ ,