

19. Restenosis and clinical outcome in patients treated with amlodipine after angioplasty: results from the Coronary AngioPlasty Amlodipine REStenosis Study (CAPARES) / B Jorgensen, S Simonsen, K Endresen, [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. — 2002. — Vol. 35. — P. 592—599.

**Резюме**

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ  
КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ И ОЦЕНКА  
ЕЕ ВЛИЯНИЯ НА СТРУКТУРНО- ФУНКЦИО-  
НАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИОКАРДА У  
БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

**Кузьмина Н.В.**

Обобщены результаты исследования, в которое было включено 30 больных гипертонической болезнью (ГБ) II-III стадии, 13 мужчин и 17 женщин, средний возраст 51,2±5,3 года. У 18 из 30 пациентов диагностирована ишемическая болезнь сердца, все больные имели хроническую сердечную недостаточность I-II-A стадии. Целью исследования явилась оценка эффективности комбинированной терапии эналаприлом и амлодипином и ее влияния на параметры суточного мониторинга артериального давления (СМАД) и структурно-функциональные показатели миокарда. Установлено, что комбинированная терапия эналаприлом и амлодипином приводила к эффективному снижению артериального давления до целевых значений у 86,7% больных ГБ, способствовала улучшению параметров СМАД, нормализации суточного профиля АД и регрессии гипертрофии миокарда левого желудочка.

**Ключевые слова:** гипертоническая болезнь, суточное мониторирование артериального давления, амлодипин.

**CLINICAL EFFICIENCY OF THE COMBINED  
THERAPY AND ESTIMATION OF INFLUENCE  
ON THE STRUCTURALLY-FUNCTIONAL  
INDEXES OF MYOCARDIUM AT HYPERTENSIVE  
PATIENTS**

**Kuzminova N.V.**

The results of research, in which it was included 30 patients with hypertensive disease (HD) of the stage II-III, 13 men and 17 women, are generalized, the average age 51,2±5,3 years. In 18 from 30 patients ischemic heart disease (IHD) is diagnosed, all of patients had chronic heart failure of the stage I-II-A. A research purpose was to estimate efficiency of the combined therapy by enalapril and amlodipin and its influence on the parameters of day's monitoring of blood pressure (DMBP) and structurally-functional indexes of myocardium. It is set that the combined therapy of enalapril and amlodipin resulted in the effective decline of blood pressure to the having a special purpose values in 86,7% patients with HD, instrumental to the improvement of parameters of DMBP, normalization of day's type of blood pressure and regression of the left ventricle hypertrophy of myocardium.

**Keywords:** hypertensive disease, day's monitoring of blood pressure, amlodipin.

УДК 616.333-008.6-036.22

**РОЛЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ  
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ С УЧЕТОМ ЕЕ КЛИНИЧЕСКИХ  
ПРОЯВЛЕНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

**А.А. Оперин, Н.В. Павлова, О.А. Лобунец**  
Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

*Работа является фрагментом НИР кафедры терапии и клинической фармакологии ХМАПО «Центральные механизмы реализации ульцерогенных факторов и их патогенетическая коррекция у студентов с дуоденальной язвой». Номер государственной регистрации 0105U002866.*

За последние годы в терапевтической практике наблюдается четкая тенденция к увеличению числа больных, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), как с типичной для повреждения пищевода клинической картиной в виде выраженной изжоги и регургитации, так и с наличием ее внепищеводных проявлений, напоминающие приступы за грудиной болей при стенокардии, обусловленной ишемической болезнью сердца (ИБС) [1-6].

В то же время необходимо учесть, что если сам факт появления кардиологических жалоб у пациентов с внепищеводными проявлениями ГЭРБ является на сегодня общепризнанным и не вызывает сомнений, то патогенетические механизмы формирования

более в области сердца у этой категории больных остается до конца не раскрытым и требует дальнейшего исследования [7,8].

**Целью** работы было изучение функционального состояния эндотелия у больных ГЭРБ с учетом характера ее пищеводных и кардиальных клинических проявлений.

**Материал и методы исследования.** Исследования проведены в двух однородных по клинической характеристике группах больных ГЭРБ без сопутствующей патологии других органов и систем. Первую группу составили 25 пациентов ГЭРБ с ведущим в клинике синдромом изжоги. Среди них было 18 (72%) мужчин и 7 (28%) женщин в возрасте от 20 до 35 лет. Эрозивная форма ГЭРБ диагностирована у 9 (36%) больных, неэрозивная у 16 (64%) пациентов. Вторую группу составили 30 больных ГЭРБ с ведущим в клинике кардиальным синдромом – наличием более за грудиной по ходу пищевода, не связанных с нагрузкой, ходьбой, эмоциями и без ЭКГ- и ЭХО-кардиографических признаков ИБС (включая дозированные физические нагрузки). Мужчин в этой группе было 22 (73,3%), женщин – 8 (26,7%). Из них эрозивная форма ГЭРБ диагностирована у 11 (36,7%) больных, неэрозивная - у 19 (63,3%) больных. Диагноз подтвержден данными клинико-лабораторных и инструментальных исследований, включая флюоресцентную эзофагогастрофиброскопию, рН-метрию, УЗИ внутренних органов, ЭКГ и ЭХО-кардиографию с цветным картированием и функциональной нагрузкой.

Состояние функции эндотелия оценивали по содержанию в крови эндотелина-1 (ЭТ-1) и уровню оксида азота (ОА). Определение эндотелина-1 в плазме крови проводили иммуноферментным методом при помощи стандартного набора реактивов Endotelin-1 Elisa system производства фирмы American Pharmacia biotech (производство Великобритании). Уровень оксида азота (нитрата) в сыворотке крови определяли спектрофотометрическим методом Грисса-Илосова с сульфаниловой кислотой и 1-нафтиламином. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц того же возраста и пола.

Статистическую обработку проводили методом вариационной статистики с применением стандартных программ корреляционного анализа с вычислением средних арифметических величин  $M$ ,  $m$  и  $\Sigma$ .

Достоверность показателей оценивали по t-критерию Стьюдента. Разницу считали достоверной при  $p < 0,05$ . Для установления взаимосвязи между показателями применяли корреляционный анализ с расчетом коэффициента корреляции  $r$  и оценки его достоверности.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При исследовании нами установлено, что среди пациентов обеих групп, страдающих ГЭРБ, наблюдалось повышение уровня ЭТ-1 и параллельное снижение содержания оксида азота. Среди больных ГЭРБ первой группы с типичной клинической картиной пищеводных проявлений (то есть с наличием просто изжоги уровень ЭТ -1 чаще был выше, чем у здоровых лиц контрольной группы.

В среднем его уровень поднялся до  $2,01 \pm 0,18$  пмоль/л, однако по сравнению с нормой ( $1,63 \pm 0,21$  пмоль/л) разница была статистически недостоверной ( $p > 0,05$ ). В то же время, уровень оксида азота, наоборот, у больных с типичной клинической картиной ГЭРБ определялся в 1,5-2 раза ниже нормы и в среднем его содержание ( $1,39 \pm 0,06$  г/мл) определялось статистически достоверно ( $p > 0,05$ ) более низким, чем у лиц из группы контроля ( $2,42 \pm 0,07$  г/мл) (табл.1).

Таблица 1

**Содержание ЭТ-1 и ОА в крови у больных при различных формах проявления ГЭРБ и здоровых лиц**

Клинические группы	ЭТ-1 пмоль/л	ОА
1 группа	$2,01 \pm 0,18$	$1,39 \pm 0,06$
2 группа	$2,31 \pm 0,23$	$1,16 \pm 0,05$
Контрольная группа	$1,63 \pm 0,21$	$2,42 \pm 0,07$
Значение р	$p_1 > 0,05$ $p_2 < 0,05$ $p_3 > 0,05$	$p_1 < 0,05$ $p_2 < 0,05$ $p_3 < 0,05$

*Примечание:*  $p_1$  – степень достоверности разницы между первой группой больных и нормой;  $p_2$  – степень достоверности разницы между второй группой больных и нормой;  $p_3$  – степень достоверности разницы между группами больных.

Среди основной группы больных ГЭРБ с наличием выраженных кардиальных проявлений изменения в спектре изучаемых показателей были не только более наглядными, но и чаще носили более разбалансированный характер. В частности, у них уровень ОА снизился в среднем до  $1,16 \pm 0,05$  г/мл, при сравнении был статистически достоверно ( $p < 0,001$ ) ниже не только нормы ( $2,42 \pm 0,07$  г/мл), но и оставался статистически достоверно ниже ( $p < 0,05$ ) среднего показателя ОА, отмеченного у больных первой группы ( $1,39 \pm 0,06$  г/мл). В то время как содержание ЭТ-1 у тех же больных ГЭРБ с проявлениями стенокардии, наоборот, повышалось и более наглядно, чем у больных первой группы. В среднем, уровень ЭТ-1 у них повысился до  $2,31 \pm 0,23$  пмоль/л., составив статистически достоверную разницу ( $p < 0,001$ ) с нормой ( $1,63 \pm 0,21$  пмоль/л.), по сравнению с показателями первой группы больных ( $2,01 \pm 0,18$  пмоль/л) это повышение содержания ЭТ-1 хотя и было более высоким, но разница была недостоверной ( $p > 0,05$ ). В то же время необходимо отметить, что у многих больных в этой группе, чем выше была степень выраженности болевого синдрома, тем ниже определялся ОА и, тем выше была концентрация ЭТ-1 в крови.

Выявленная нами более выраженная дисфункция эндотелия у больных ГЭРБ с проявлениями стенокардии, которая сопровождается дисбалансом высвобождения вазоактивных веществ, модулирующих тонус сосудов, в том числе и коронарных, может служить одной из причин формирования кардиальных болей у этой категории пациентов.

#### **Выводы**

1. Показано, что у лиц молодого возраста, больных ГЭРБ, отмечается эндотелиальная дисфункция, проявляющаяся в достоверном по сравнению с нормой повышении уровня ЭТ-1 и снижении уровня ОА.
2. Установлена четкая корреляционная зависимость между особенностями клинической картины ГЭРБ и показателями дисфункции эндотелия, которая наиболее и достоверно выражена у больных ГЭРБ с кардиальными проявлениями.
3. Показано, что эндотелиальная дисфункция является одним из патогенетических механизмов формирования кардиальных проявлений при ГЭРБ.

*Перспективы дальнейших исследований состоят в том, что изучение роли эндотелиальной дисфункции в патогенезе ГЭРБ позволит разработать патогенетические схемы ее коррекции, предупреждая тем самым развитие и прогрессирование кардиальных проявлений при ГЭРБ, добиться более быстрого наступления клинической ремиссии и повысить качество жизни пациентов.*

#### **Литература**

1. Бабак О. Я. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, стратегия поддерживающей терапии / О. Я. Бабак // Сучасна гастроентерологія. — 2008. — № 4. — С. 8—10.
2. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: старая проблема – новые акценты / Т. Б. Кендзерская, Т. Н. Христинич, О. С. Пухлина [и др.] // Острые и неотл. состояния в практике врача. Гастроэнтерология. — 2008. — С. 8—18.
3. Звенигородская Л. А. Особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пожилых больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца / Л. А. Звенигородская, Ю. В. Таранченко // Терапевтический архив. — 2006. — № 2. — С. 42—45.
4. Симон А. Патогенетическая роль соляной кислоты при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А. Симон // Росс. журнал гастроэнтер., гепатолог. и колопротк. — 2008. — № 2. — С. 55—58.
5. Фадеенко Г. Д. Новый алгоритм медикаментозной терапии при ГЭРБ / Г. Д. Фадеенко, М. О. Бабак, Т. Л. Можина // Сучасна гастроентерологія. — 2008. — № 4. — С. 4—7.
6. Харченко Н. В. Современные аспекты лечения ГЭРБ / Н. В. Харченко // Здоров'я України. — 2008. — № 21—24, грудень. — С. 65.
7. Шептулин А. А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: спорные и нерешенные вопросы / А. А. Шептулин // Клини. медицина. — 2008. — № 6. — С. 8—12.
8. New algorithm for the treatment of gastro-esophageal reflux disease / J. N. Tytgat, K. Mccoll, I. Tack [et al.] // Aliment.Pharmacol.Ther.Posted. 02.04.2008.

Реферати

**РОЛЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ПАТОГЕНЕЗИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ ХВОРОБИ З УРАХУВАННЯМ ЇЇ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ**

**Опарін О.А., Лаврова Н.В., Лобунець О.А.**

В роботі вивчені особливості стану ендотеліальної дисфункції при гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі залежно від клінічної картини захворювання. Встановлена роль ендотеліальної дисфункції в механізмах розвитку кардіальних проявів при гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі.

**Ключові слова:** гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, ендотеліальна дисфункція, кардіальний синдром.

**ROLE OF ENDOTHELIAL DISFUNCTION IN PATHOGENY OF GASTROEZOPHAGEAL REFLUX DISEASE TAKING INTO ACCOUNT ITS CLINICAL DISPLAYS IN PERSONS OF YOUNG AGE**

**Oparin A.A., Lavrova N.V., Lobunets O.A.**

The features of the state of endothelial disfunction in gastroezophageal reflux disease depending on the clinical picture of disease are studied in this work, the role of endothelial disfunction in the mechanisms of development of cardiac displays at gastroezophageal reflux disease is shown.

**Key words:** gastroezophageal reflux disease, endothelial disfunction, cardiac syndrome.

**УДК : 616.24:611.018.7:612.61+616-001**

**ВЛИЯНИЕ ТЕСТОСТЕРОНА НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ЛИМФОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С НЕЙРОТРАВМОЙ И ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ**

**В. П. Устюжанин**

**Сакский центральный военный клинический санаторий, г. Сакки**

Состояние нервной системы во многом определяет вероятность возникновения воспаления в органах дыхания и степень выраженности повреждения ткани. Это понятно, если учесть, что интегральным проявлением нарушения нервнотрофических и других связей нейронов и клеток-мишеней служит снижение их устойчивости к разным повреждающим факторам. У больных с нейротравмой нередки ситуации, в которых обычные, не повреждающие в норме воздействия вызывают альтерацию [1]. Эти данные соответствуют результатам многочисленных клинических наблюдений, в которых снижение общей резистентности организма вследствие старения, тяжелых неврозов и заболеваний центральной и периферической нервной системы способствует увеличению частоты возникновения и тяжести течения воспалительных процессов [6, 7, 11].

При определении распространенности легочных симптомов у лиц с хронической травмой спинного мозга установлено, что у 68 % обследованных отмечался один или несколько респираторных симптомов. Такая наиболее распространенная жалоба, как одышка была ассоциирована с уровнем поражения и встречалась в 73 % случаев у больных с высокой тетраплегией, в 58 % – с низкой тетраплегией [21]. Одним из объяснений высокой частоты развития неспецифических воспалительных заболеваний у больных с нейротравмой служит развивающийся у них выраженный эндокринный дисбаланс. Так, травма спинного мозга у больных мужского пола приводит прежде всего к стойкой дисфункции гипофизарно-гонадной оси, включая формирование гипогонадизма [5, 15, 17].

Еще одной важной особенностью травматической болезни спинного мозга является нарушение функции внешнего дыхания, в том числе за счет развития дисфункции дыхательных мышц. Так, по данным спирографии у больных с травмой спинного мозга ФЖЕЛ, ОФВ<sub>1</sub>, пиковая экспираторная скорость выдоха и максимальная вентиляция легких обратно коррелируют с уровнем поражения (чем более высоким был уровень поражения, тем более низким – значение параметра) [12]. В этой связи необходимо упомянуть, что у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОЗЛ) анаболические стероиды способствуют повышению мышечной массы и улучшению силы дыхательных мышц [16].