

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Росздрава»<sup>2</sup>, г. Саратов

**Актуальность.** Псориатический артрит (ПсА) - хроническое прогрессирующее системное заболевание, ассоциированное с псориазом, при котором патологический процесс локализуется преимущественно в тканях опорно-двигательного аппарата и приводит к развитию эрозивного артрита, множественных энтезитов и спондилоартрита. Смертность больных ПсА превышает средний популяционный уровень на 59% у женщин и на 65% у мужчин, причем основной причиной смерти у данных больных являются сердечно-сосудистые катастрофы. Увеличение сердечно-сосудистой заболеваемости и летальности у данной категории больных можно объяснить как «накоплением» классических факторов сердечно-сосудистого риска, так и влиянием персистирующего системного воспаления на развитие атеросклеротического процесса.

**Цель** - выявить субклинически протекающий атеросклеротический процесс у больных псориатическим артритом (ПсА) и его взаимосвязь с классическими факторами сердечно-сосудистого риска и активностью системного воспаления.

**Материалы и методы.** Обследовано 40 больных ПсА без сердечно-сосудистой патологии, средний возраст 44,1±11,2 года (M±SD); средняя длительность заболевания - 13,0 лет [7,0; 31,0] Me [Q25; Q75] и 22 здоровых добровольца (средний возраст 41,4±11,2 год, мужчины составляли 49,1% обследованных). Определяли толщину интимы медиа (ТИМ) сонных артерий в трех точках. Активность ПсА определяли с помощью индекса DAS, СОЭ, С-реактивного белка, фибриногена. Учитывали факторы сердечно-сосудистого риска: артериальную гипертензию, индекс массы тела, семейный анамнез сердечно - сосудистых заболеваний, липидный спектр крови.

**Результаты.** У 32,1% больных ПсА выявили наличие атеросклеротических бляшек, выступающих в просвет сосуда, в то время как среди здоровых лиц атеросклеротические бляшки выявлены не были. Кроме того, имело место увеличение ТИМ больных ПсА в сравнении с ТИМ здоровых лиц. Средняя величина ТИМ у больных ПсА составила 0,73 ± 0,11 мм, у здоровых - 0,63 ± 0,12 мм (p<0,05).

При анализе взаимосвязей между ТИМ и классическими факторами риска развития атеросклероза, маркерами системного воспаления выявлены взаимосвязи между ТИМ и весом (r=0,44; p=0,49), СОЭ (r=0,79; p=0,06), фибриногеном (r=0,66; p=0,37), наличием системных проявлений (z=0,87; p<0,0001), наличием увеита (z=0,88; p<0,0001), возрастом начала заболевания (z=-0,61; p=0,02).

**Выводы.** У больных ПсА имеет место раннее и более выраженное развитие атеросклероза в сравнении со здоровыми лицами, что выражается в увеличении ТИМ и формировании атеросклеротических бляшек. Развитие атеросклероза у больных ПсА связано с активностью системного воспаления (СОЭ, фибриногеном), длительностью заболевания. Увеличение ТИМ может быть проявлением вовлечения сосудов в системный воспалительный процесс при ПсА, что подтверждается наличием сильной взаимосвязи между

системными проявлениями ПсА, связанными с повреждением сердечно-сосудистой системы, и ТИМ.

### 063. ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИСЛИПИДЕМИИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ С АКТИВНОСТЬЮ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И КЛАССИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Гайдукова И.З.<sup>1</sup>, Ребров А.П.<sup>2</sup>

ГУЗ «Саратовская областная клиническая больница с ПЦ», г. Саратов<sup>1</sup>

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Росздрава», г. Саратов<sup>2</sup>

**Актуальность.** Несмотря на успехи, достигнутые за последние годы в лечении артритов, смертность больных с заболеваниями костно-мышечной системы по-прежнему остается высокой. Так, смертность больных псориатическим артритом (ПсА) превышает средний популяционный уровень на 59% у женщин и на 65% у мужчин, причем, основной причиной смерти у данных больных являются сердечно-сосудистые катастрофы. Увеличение сердечно-сосудистой заболеваемости и летальности у больных ПсА можно объяснить как «накоплением» классических факторов сердечно-сосудистого риска, так и влиянием персистирующего системного воспаления на развитие атеросклеротического процесса. В связи с вышеизложенным, представляется актуальным изучение дислипидемии как важнейшего фактора сердечно-сосудистого риска у больных ПсА, а также взаимосвязи ее с другими традиционными факторами сердечно - сосудистого риска и активностью системного воспаления.

**Цель** – выявить наличие дислипидемии у больных ПсА и оценить ее взаимосвязь с классическими факторами сердечно-сосудистого риска и активностью системного воспаления.

**Материалы и методы.** В исследование включено 40 пациентов с установленным диагнозом ПсА (критерии CASPAR, 2006) и 22 практически здоровых человека (группа контроля).

Критериями включения в исследование был возраст от 18 до 60 лет, информированное согласие пациента. Критериями исключения являлось наличие артериальной гипертензии 3 стадии, сопутствующих заболеваний в стадии обострения, хронической почечной недостаточности 2-3 степени, печеночной недостаточности, сахарного диабета, инфаркта миокарда, инфаркта мозга в анамнезе.

Лица мужского пола в группе больных ПсА составляли 52,3%, группе контроля - 49,1%. Средний возраст больных составил 44,1 ± 11,4 года (M±SD), в группе контроля - 41,3 ± 13,8 год. Средняя длительность заболевания составляла 13,0 лет [7,0;31,0] (Me[Q25;Q75]).

Для выявления манифестного атеросклеротического процесса проводилось дуплексное исследование сонных артерий с определением толщины интимы-медиа (ТИМ) в трех точках (в области бифуркации общей сонной артерии и в наиболее удаленных от бифуркации точках общей и внутренней сонных артерий), ACUSON128XP/100.

У всех больных определяли общий холестерин (ОХ, ммоль/л), холестерин липопротеидов высокой плотности (ЛПВП, ммоль/л), холестерин липопротеидов низкой плотности (ЛПНП, ммоль/л), холестерин липопротеинов очень низкой плотности (ЛПОНП, ммоль/л), а также уровень триглицеридов крови (ТГ, ммоль/л). По формуле Климова А.Н. рассчитывали индекс атерогенности (ИА): (ОХ-ЛПВП)/ЛПВП. Для определения активности ПсА использовался индекс активности DAS, модифицированный для ПсА, оценивалось число болезненных суставов (ЧБС) из 76 (индекс Ричи), число припухших суставов (ЧПС) из 74 (индекс Ричи), активность заболевания оценивалась пациентом и врачом по 100 мм визуальной аналоговой шкале (ВАШ), а также по шкале LKERT (0-4 балла). Исследовали уровни С-реактивного белка (С-РБ), общий анализ крови (ОАК), ХШа-зависимый фибринолиз. Группы сопоставимы по возрасту, полу, ИМТ, уровню АД.

**Результаты.** Выявлено повышение уровня ОХ у больных ПсА (ОХ=5,63 ± 1,27 ммоль/л) по сравнению с ОХ здоровых лиц (ОХ=5,28±0,57ммоль/л),  $p=0,05$ . У больных ПсА в 11,6% случаев имело место выраженное повышение уровня ОХ, в 16,3%-умеренное, в 39,5% - повышение ОХ легкой степени. У здоровых лиц в 50% случаев имело место легкое повышение уровня ОХ, в 50% - нормальные показатели ОХ. Среди больных ПсА снижения уровня ЛПВП не выявлено, повышение ЛПНП (более 3,5 ммоль/л) выявлено в 32,5%, ЛПОНП – в 41,5%. У здоровых же лиц снижение ЛПВП выявлено в 50% случаев, повышение ЛПНП - в 64,3% случаев. При проведении корреляционного анализа выявлены взаимосвязи между ОХ и ВАШ ( $r=0,35$ ;  $p=0,03$ ), ОХ и ЧПС ( $r=0,33$ ;  $p=0,04$ ), ОХ и артериальной гипертензией ( $r=0,5$ ;  $p=0,001$ ), ОХ и фибриногеном ( $r=0,37$ ;  $p=0,03$ ), ХШа-зависимым фибринолизом ( $r=-0,37$ ;  $p=0,03$ ), ОХ и ТИМ ( $r=0,51$ ;  $p=0,02$ ). ЛПНП были связаны с СОЭ ( $r=0,3$ ;  $p=0,04$ ), ХШа-зависимым фибринолизом ( $r=-0,44$ ;  $p=0,01$ ), артериальной гипертензией ( $r=0,47$ ;  $p=0,002$ ), ТИМ ( $r=0,46$ ;  $p=0,04$ ). Уровень ЛПОНП был взаимосвязан с возрастом начала заболевания ( $r=-0,36$ ;  $p=0,02$ ), наличием артериальной гипертензии ( $r=0,34$ ;  $p=0,01$ ), а также ТИМ ( $r=0,63$ ;  $p=0,01$ ). Уровень ТГ взаимосвязан с наличием артериальной гипертензии ( $r=0,49$ ;  $p=0,001$ ), энтезитом ( $r=0,37$ ;  $p=0,02$ ) и дактилитом ( $r=0,56$ ;  $p<0,001$ ).

Повышение ИА выявлено у лиц контроля в 20% случаев, а у больных ПсА только в 2,5% случаев.

**Выводы.** У больных ПсА изменение липидного спектра крови проявляется повышением ОХ, ЛПНП, ЛПОНП и ТГ и в меньшей степени - снижением ЛПВП. Дислипидемия у больных ПсА взаимосвязана с активностью системного воспаления и наличием артериальной гипертензии.

#### 064. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ЭСКОРДИ КОРОМ И ДИОВАНОМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Гайфуллина Р.Ф., Ким З.Ф., Зарипова З.А., Исламова А.Р.

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», Казань, Россия

**Цель работы:** изучить гипотензивную эффективность S-амлодипинов в сравнении с антагонистом рецепторов ангиотензина II.

**Материал и методы.** Обследовано 2 группы больных гипертонической болезнью (ГБ), госпитализированных в кардиологическое отделение БСМП-1 с острым коронарным синдромом (ОКС). Первую группу составили 24 человека 41-82 лет (средний возраст 69,15±3,01 лет): 10 мужчин и 14 женщин. В их числе 12 чел с острым инфарктом миокарда (ОИМ), 14 чел – со стенокардией напряжения (СН) III-IV ФК, 1 чел – с фибрилляцией предсердий (ФП). Вторую группу -16 чел 52-79 лет, (средний возраст 64,37±3,25 года) составили 6 мужчин и 10 женщин: ОИМ диагностирован у 8 пациентов, СН III-IV ФК – у 7, ФП – у 1 больного. 1-я группа пациентов получала Эскорди Кор в дозе от 2,5 мг до 5 (10) мг/сут, 2-я – диован 160 мг/сут. Статистическая обработка проводилась с использованием стандартного пакета программ STATISTICA.

**Результаты.** При поступлении в стационар умеренная артериальная гипертензия (АГ) была выявлена у 9 пациентов (37,5%) первой группы и 11 пациентов (68,75%) второй, тяжелая артериальная гипертензия соответственно у 15 (62,5%) и 5 (31,25%) пациентов. Показатели АД в первой группе в среднем составили систолическое (САД) 170,78±5,17 и диастолическое (ДАД) 95,38±2,64, а во второй группе 150,78±4,28 и 90,62±4,65 соответственно. Через 7 дней в группе эсмордикора все пациенты (100%) достигли целевых цифр АД (<140/90 мм рт.ст.) САД 131,17±1,98 и ДАД 79,30±1,17. В этой группе пациентов побочных эффектов не наблюдалось. В группе применения диована в максимальных терапевтических дозировках целевые цифры АД (<140/90 мм рт.ст.) были достигнуты у 14 человек (87,5%) САД 129,37±2,92 и ДАД 81,25±2,26. **Вывод.** Таким образом, у больных ГБ со 2-3 степенями АГ монотерапия эсмордикором в дозе 2,5-10 мг/сут приводит к наиболее эффективному снижению АД в отсутствии побочных эффектов.

#### 065. ТОКСИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ, ИНДУЦИРОВАННЫЙ ПРИЕМОМ ЧИСТОТЕЛА. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ.

Галеева З.М., Гилязова А.Р., Исхакова Д.Г.

Кафедра терапии ГОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия.

Пациентка Семенова И.И., 83-х лет, поступила в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на выраженную общую слабость, плохой аппетит, тяжесть в правом подреберье, тошноту, пожелтение кожных покровов, склер, зуд кожи, потемнение мочи, посветление кала. Больной себя считает около двух недель, когда стала нарастать слабость, начали желтеть кожные покровы. Консультирована хирургом, инфекционистом (данных за вирусный гепатит и механическую желтуху не выявлено).

Из анамнеза стало известно, что пациентка принимала настой чистотела: добавляла по 1 ч.л. заваренной травы чистотела на 1 чашку чая ежедневно в течение двух месяцев как средство от аллергии. О пользе чистотела впервые услышала в передаче «Малахов +», а также