

гиноза препарата «Бализ-2», что связано с появлением локальной противoinфекционной защиты организма и

регрессированием воспалительного процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боровкова Е.И. Фармакотерапия инфекционных заболеваний половых органов // Российские аптеки. – 2006. – №9. – С.23-24.
2. Майборода А.А., Калягин А.Н., Зобнин Ю.В., Щербатых А.В. Современные подходы к подготовке оригинальной статьи в журнал медико-биологической направленности в свете концепции «доказательной медицины». // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2008. – Т. 76. №1. – С.5-8.
3. Муслимова С.З. Современные представления о бактериальном вагинозе // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2008. – Т. 8. № 1. – С.13-17.
4. Решетко О.В., Луцевич К.А. Бактериальный вагиноз при беременности: современное состояние проблемы и значение фармакотерапии // Клиническая микробиология и ан-

- тимикробная химиотерапия. – 2007. – Т. 4. №9. – С.337-350.
5. Hashemi F.B., Ghassemi M., Roebuck K.A., Spear G.T. Activation of human immunodeficiency virus type 1 expression by Gardnerella vaginalis // J. Infect. Dis. – 2009. – Vol. 179. №4. – P.924-930.
6. Joesoef M.R., Schmid G.P., Hillier S.L. Bacterial vaginosis: review of treatment options and potential clinical indications for therapy // Clin. Infect. Dis. – 2009. – Vol. 1. – P.57-65.
7. Livengood C.H., Thomason J.L., Hill G.B. Bacterial vaginosis. Diagnostic and pathogenetic findings during topical clindamycin therapy // Amer. J. Obstet. Gynecol. – 2009. – Vol. 6. №2. – P.515-520.
8. Paige D.M., Augustyn M., Adih W.K., et al. Bacterial vaginosis and preterm birth: a comprehensive review of the literature // Nurse Midwifery. – 2008. – Vol. 43. №2. – P.83-89.

Информация об авторе: 670000, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Смолина, 24а, Бурятский государственный университет, медицинский факультет, Цыденова Ц.Б. – аспирант.

© ХРАМЦОВА Н.А., ДЗИЗИНСКИЙ А.А., БАТУДАЕВА Т.И. – 2010

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ ПРИ СЕРОНЕГАТИВНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАХ

Н.А. Храмова, А.А. Дзизинский, Т.И. Батудаева

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра терапии и кардиологии, зав. – д.м.н., проф., член-корр. РАМН А.А. Дзизинский, кафедра геронтологии и гериатрии, зав. – к.м.н., доц. В.Г. Пустозёров)

Резюме. Сведения о сердечно-сосудистой патологии при серонегативных спондилоартритах (СА) немногочисленны и противоречивы. Целью исследования явилось изучение частоты, структуры и факторов риска артериальной гипертензии (АГ) у больных, страдающих анкилозирующим и псориатическим спондилоартритами. Частота АГ по результатам анализа медицинской документации составила 24%, суточного мониторирования АД – 37,3%, что соответствует общепопуляционной распространенности по данным ВНОК. Факторами риска АГ при СА, наряду с традиционными, явились высокая активность воспаления, гиперурикемия, гипертриглицеридемия, длительность спондилоартрита свыше 10 лет, снижение скорости клубочковой фильтрации и прием глюкокортикоидов.

Ключевые слова: псориатический спондилоартрит, анкилозирующий спондилоартрит, артериальная гипертензия.

HYPERTENSION IN SERONEGATIVE SPONDYLARTHROSIS

N.A. Khramtsova, A.A. Dzizinsky, T.I. Batudaeva
(Irkutsk State Postgraduate Medical Training Institute)

Summary. There is few information about cardiovascular pathology in seronegative spondylarthrosis (SS), and it is contradictory. The aim of the present research is the investigation of the frequency, structure and hypertension risk factors among the patients suffering from ankylosing and psoriatic spondylarthrosis. In accordance with the medical documents the frequency of hypertension amounted to 24%, the one of 24-hour monitoring AP– 37,3%, which is equivalent of the popularity according to the data of the Russian National Cardiological Scientific Society (RNCSS). The risk factors of AH in SA side by side with the traditional ones were high activity of inflammation, hyperuricemia, hypertriglyceridemia, the duration of spondylarthrosis more than 10 years, decrease of glomerular filtration rate and taking glucocorticoids.

Key words: psoriatic spondylarthrosis, ankylosed spondylarthrosis, hypertension.

Сведения о распространенности сердечно-сосудистой патологии при серонегативных спондилоартритах (СА) весьма ограничены и противоречивы. В работе, касающейся причин смерти больных анкилозирующим спондилитом и включавшей 836 больных, показан риск фатальных цереброваскулярных событий, превышающий аналогичный популяционный показатель почти в 2 раза [7]. Более поздние исследования, посвященные этой проблеме, установили высокую смертность среди больных, страдающих анкилозирующим спондилитом по сравнению с популяционным уровнем, с преимущественным негативным вкладом вторичного амилоидоза и сердечно-сосудистой патологии [6]. При этом имеются сведения о частоте артериальной гипертензии при спондилоартритах, не превышающей общепопуляционные показатели [2].

Из традиционных сердечно-сосудистых факторов ри-

ска при анкилозирующем спондилите была установлена высокая частота курения, что объясняется преобладанием среди больных лиц мужского пола [3]. Анализ нарушений липидного обмена показал высокую частоту атерогенных дислипидемий в виде сниженного уровня липопротеидов высокой плотности (61%) при относительно низкой (13%) частоте выявления гиперхолестеринемии [3]. Однако коронарный риск по Фремингемской шкале у больных с анкилозирующим спондилитом был значительно ниже соответствующего 10-летнего риска для популяции, сопоставимой по полу и возрасту. Все имеющиеся противоречия по вышеуказанному вопросу и предопределили актуальность исследования.

Целью работы явилось изучение частоты, структуры и факторов риска артериальной гипертензии при серонегативных спондилоартритах.

Материалы и методы

Было проведено скрининговое анкетирование и анализ медицинской документации 300 больных с серонегативными спондилоартритами [1,4,5,8] в Иркутской области и Республике Бурятия. Критериями включения был достоверный диагноз псориатического (120 (40%)) и анкилозирующего спондилоартрита (180 (60%)) при исключении больных с урогенными реактивными артритами. Анализ архивной медицинской документации охватывал период с 2003 по 2008 гг. включительно. Формирование группы проводилось случайным методом в соответствии с репрезентативностью выборки больных СА. Средний возраст больных составил $51,7 \pm 13,6$ года, у мужчин – $53,9 \pm 12,4$ лет, у женщин – $50,2 \pm 12,4$ лет. Всем обследуемым проводилась оценка традиционных кардиоваскулярных факторов риска, определялся уровень липидов (ферментативный метод «В/М НITАСНI 902», Roche – В/М, Франция). Суточное мониторирование артериального давления (АД) осуществлялось на аппарате Meditech card(x)plore (Венгрия).

Полученные данные представлены в процентах, в виде среднего арифметического значения (М), стандартного отклонения (SD), медиан (Me) и интерквартильных интервалов (ИИ). Нормальность распределения оценивалась по критериям Колмогорова-Смирнова, Lillifors. Для анализа качественных признаков двух и более групп использовались двумерные таблицы сопряженности с определением критерия χ^2 по Пирсону. Оценка влияния отдельных признаков проводилась с использованием пошагового логистического регрессионного анализа с определением величины OR (odds ratio) – как отношение шансов. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакетов прикладных программ «Epi info ver.6», «Biostatistica 4.0 McGraw – Hill», Statistica 6.0 («Statsoft», США). Значимы различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Частота артериальной гипертонии по результатам анализа медицинской документации в среднем составила 24%, у мужчин – 23,1% больных, у женщин – 22 (26,2%), $p > 0,05$. Артериальная гипертония у больных СА в г. Иркутске и г. Братске регистрировалась в 25% случаев, в г. Ангарске – 20%, г. Усть-Илимске – 20,8% и республике Бурятия – 23,2%.

Истинная частота АГ оценивалась методом суточного мониторирования АД (СМАД) у 75 больных СА в г. Иркутске (рис. 1).

После проведения СМАД артериальная гипертония в соответствии с Рекомендациями ВНОК диагностирована у 28 больных СА, что составило 37,3%. У мужчин АГ была установлена у 19 (36,5%), у женщин – у 9 (39,1%). При этом у 20 (26,7%) больных, страдающих СА, гипертония была выявлена впервые.

По результатам клинических наблюдений преобладали больные с первой и второй степенью АГ, со второй стадии

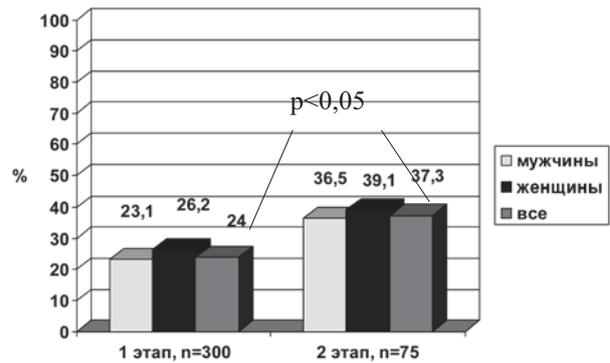


Рис. 1. Частота артериальной гипертонии у больных СА.

ей, характеризующейся поражением органов мишеней. Первая стадия заболевания (без поражения органов мишеней) верифицирована у 3 (10,7%) больных СА, вторая стадия (с поражением органов-мишеней) – у 18 (64,3%) и третья стадия (с ассоциированными клиническими состояниями) – у 7 (25%) (рис. 2, 3).

У обследуемых на первом этапе 300 больных с серонегативными СА были проанализированы традиционные факторы риска развития АГ. С одинаковой частотой у лиц обоего пола были установлены случаи семейного анамнеза ранних сердечно-сосудистых событий, ДЛП, гипергликемии и абдоминального ожирения. У мужчин по сравнению с женщинами значимо чаще встречалось курение – 84 (38,9%) и 2 (2,4%), $p < 0,001$.

Для установления факторов, влияющих на риск артериальной гипертонии у больных СА, проведен по-

Таблица 1
Факторы риска развития артериальной гипертонии у больных серонегативными спондилоартритами

Фактор	с АГ (n=28)	Без АГ (n=47)	OR (доверительный интервал)	p
	абс. (%)	абс. (%)		
Состояние в браке	24 (85,7)	43 (91,5)	0,56 (0,10<OR<2,98)	0,436
ОТ>88 см (ж), 102 см (м)	10 (35,7)	23 (48,9)	0,58 (0,20<OR<1,68)	0,381
Возраст > 50 лет	25 (89,3)	30 (63,8)	0,63 (0,24<OR<1,65)	0,299
Стрессовые ситуации	22 (78,6)	40 (85,1)	0,64 (0,16<OR<2,51)	0,472
ИМТ>25 кг/м ²	10 (35,7)	19 (40,4)	0,82 (0,28<OR<2,39)	0,872
Прием овощей/фруктов более 500 мг/сут	14 (50)	25 (53,1)	0,88 (0,31<OR<2,49)	0,790
Прием базисной терапии	15 (53,6)	25 (53,2)	1,02 (0,36<OR<2,88)	0,974
ХС ЛПНП > 3,0 ммоль/л	10 (35,7)	15 (31,9)	1,19 (0,39<OR<3,55)	0,737
ХС ЛПВП < 1,0 ммоль/л	7 (25)	10 (21,3)	1,23 (0,36<OR<4,23)	0,711
Проживание в районе (области)	9 (32,1)	13 (27,7)	1,24 (0,40<OR<3,85)	0,682
ВАШ боли > 50мм	16 (57,1)	24 (51,1)	1,28 (0,45<OR<3,65)	0,612
В/суставные инъекции ГК более 5 раз/год	11 (39,3)	15 (31,9)	1,38 (0,47<OR<4,09)	0,519
Ходьба менее 1 часа /сутки	12 (42,9)	15 (31,9)	1,60 (0,55<OR<4,71)	0,342
Курение	5 (17,9)	5 (10,6)	1,83 (0,40<OR<8,34)	0,376
Суммарная доза ГК > 5 г.	5 (17,9)	5 (10,6)	1,83 (0,40<OR<8,34)	0,376
Наследственность по ССЗ	13 (46,4)	14 (29,8)	2,04 (0,69<OR<6,05)	0,149
Общий холестерин > 5,0 ммоль/л	13 (46,4)	15 (31,9)	2,04 (0,68<OR<6,04)	0,147
Длительность приема ГК более 12 мес.	10 (35,7)	9 (19,1)	2,35 (0,72<OR<7,74)	0,113
Суммарная доза ГК>3г.	10 (35,7)	9 (19,1)	2,35 (0,72<OR<7,74)	0,113
Гипергликемия или СД	3 (10,7)	2 (4,3)	2,70 (0,33<OR<25,1)	0,281
Прием ГК	12 (42,9)	10 (21,3)	2,78 (0,89<OR<8,79)	0,048
Неэффективность БТ	7 (25)	5 (10,6)	2,80 (0,68<OR<11,8)	0,103
Снижение СКФ < 60 мл/мин	12 (42,9)	9 (19,1)	3,17 (0,99<OR<10,3)	0,028
Утренняя скованность более 120 мин	18 (64,3)	14 (29,8)	4,24 (1,41<OR<13,1)	0,004
Продолжительность СА более 10 лет	20 (71,4)	17 (36,2)	4,41 (1,44<OR<13,9)	0,003
ТГ > 2,0 ммоль/л	14 (25)	8 (17)	4,88 (1,50<OR<16,3)	0,003
Гиперурикемия	11 (39,3)	5 (10,6)	5,44 (1,44<OR<21,5)	0,008
Системные проявления	18 (64,3)	9 (19,1)	7,60 (2,34<OR<25,6)	0,000
СРБ>1,5 мг/дл	19 (67,9)	9 (19,1)	8,91 (2,70<OR<30,6)	0,000

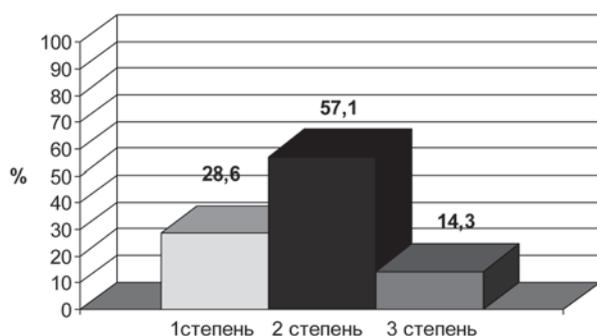


Рис.2. Распределение больных СА по степени АГ.

шаговый логистический регрессионный анализ, результаты которого в рейтинговом порядке представлены в табл. 1.

Наиболее значимыми факторами риска АГ у больных СА явились уровень СРБ, системные проявления и продолжительность спондилоартрита более 10 лет, прием глюкокортикоидов и снижение СКФ. Гиперурикемия оказалась значимым предиктором АГ, особенно у боль-

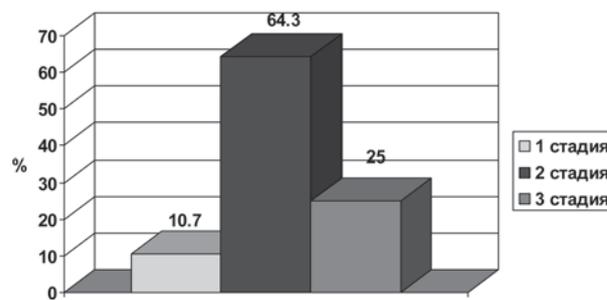


Рис. 3. Распределение больных СА по стадиям АГ.

ных, страдающих псориатическим артритом.

Таким образом, при серонегативных спондилоартритах установлена частота АГ, сопоставимая с общепопуляционными показателями. Наиболее значимыми факторами риска, наряду с традиционными, явились высокая активность и продолжительность СА, гиперурикемия, гипертриглицеридемия, снижение СКФ и прием ГК, что необходимо учитывать в клинической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадюкин В.В. К вопросу о классификации псориатического артрита // *Клин. ревматология*. – 1995. – №1. – С.53-56.
2. Поддубный Д.А., Ребров А.П. Проблема адекватной оценки кардиоваскулярного риска у больных анкилозирующим спондилитом (болезнью Бехтерева) // *Украинский ревматологический журнал*. – 2008. – Т. 31. №1. – С.4-10.
3. Divecha H., et al Cardiovascular risk parameters in men with ankylosing spondylitis in comparison to non-inflammatory control subjects: relevance of systemic inflammation // *Clin.Sci. (Lond)*. – 2005. – Vol. 109. – P.171-176.
4. Dougados M., et al. The European Spondyloarthropathy Study Group preliminary criteria for the classification of

spondyloarthropathy // *Arthritis Rheum*. – 1991. – Vol. 34. – P.1218-1227.

5. Gran J.T., Husby G. The epidemiology of ankylosing spondylitis // *Semin. Arthritis Rheum*. – 1993. – Vol. 22. – P.319.

6. Lehtinen K. Mortality and causes of death in 398 patients admitted to hospital with ankylosing spondylitis // *Ann. Rheum.* – 1993. – Vol. 52. – P.174-176.

7. Radford E.P., Doll R., Smith P.E. Mortality among patients with ankylosing spondylitis not given X ray therapy // *N. Engl. J. Med.* – 1977. – Vol. 297. – P.572-576.

8. van der Linder S., Valkenburg H. A., Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis // *Arthritis Rheum.* – 1984. – Vol. 27. – P.361.

Информация об авторах: 664079, г. Иркутск, м/р Юбилейный,100, ИГИУВ, e-mail: khramtsova_na@mail.ru, Храмова Наталья Анатольевна – доцент, к.м.н.; Дзизинский Александр Александрович – заведующий кафедрой, член-корр. РАМН, почетный ректор ГИУВа, д.м.н., профессор; Батудаева Татьяна Ивановна – доцент, к.м.н.

ЗДОРОВЬЕ, ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© АЛЕКСЕЕВА Н.Ю., ГАЙДАРОВ Г.М., ЛАТЫШЕВА Е.А. – 2010

К ВОПРОСУ О НОВЫХ ФОРМАХ ОПЛАТЫ В ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Н.Ю. Алексеева, Г.М. Гайдаров, Е.А. Латышева

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общественного здоровья и здравоохранения, зав. – д.м.н., проф. Г.М. Гайдаров)

Резюме. В статье представлены новые подходы к оплате стационарной помощи, оказываемой в рамках платной медицинской деятельности. Новые варианты оплаты учитывают цель госпитализации и объемы оказанных медицинских услуг.

Ключевые слова: платная медицинская деятельность, стационарная помощь, затраты.

TO THE PROBLEM OF THE NEW FORMS OF PAYMENT OF ENTERPRISE ACTIVITY OF TREATMENT-AND-PROPHYLACTIC INSTITUTION

N.Y. Alekseeva, G.M. Gaydarov, E.A. Latysheva
(Irkutsk State Medical University)