

зависимости от типа течения синдрома вегетативной дистонии / Е.Л. Мачерет, Н.К. Мурашко, Т.И. Чабан // Вестн. аритмологии. – 2000. – Т. 16. – С. 17-20.

5. Ледаев, М.Я. Синдром вегетативных дисфункций у детей: мифы и реальность / М.Я. Ледаев, О.В. Степанова, Н.В. Шахова // Лечащий врач. – 2009. – №1.
6. Царегородцева, Л.В. Лечение синдрома вегетативной дистонии / Л.В. Царегородцева // Педиатрия. – 2003. – № 2. – С.52-55.

Ключевые слова: дисфункции вегетативной нервной системы, валериана лекарственная, показатели кровообращения

CENTRAL HEMODYNAMIC PARAMETERS IN CHILDREN WITH AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM DISORDERS TREATED BY VALERIANA OFFICINALIS
INOZEMTSEVA M.A., NIKIFOROVA E.M.

Key words: autonomic nervous system disorders, blood circulation indices

© О.В.Ушакова, 2010
УДК 616.37-008.6:616.36-002.2:616-08-06

ФУНКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ОТВЕТ НА ПРОТИВОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ

О.В. Ушакова

Ставропольская государственная медицинская академия

Поражение поджелудочной железы (ПЖЖ) может быть отнесено к одному из внепеченочных проявлений хронического инфицирования вирусами гепатита В и С. Изучение этой проблемы, в том числе оценка влияния на функцию ПЖЖ современных противовирусных препаратов, представляет несомненный клинический интерес [1,2,4,5]. Патогенез вирусного поражения ПЖЖ изучен недостаточно. Имеются доказательства того, что развитие любой формы панкреатита в конечном счете приводит к поражению ацинарной ткани и островкового аппарата и имеет определенное значение в формировании ответа на этиотропное лечение хронических вирусных гепатитов (ХВГ).

Материал и методы. Обследован 41 пациент с хроническим гепатитом (ХГ). Диагноз ХГ В установлен у 18 больных, ХГ С – у 23. Пациенты с ХГ С имели 3а (10 человек) и 1в (13) генотипы вируса. Индексы гистологической активности и фиброза у 20 пунктированных больных составили соответственно $6,1 \pm 0,92$ и $1,35 \pm 0,21$ баллов. Обследование проводили до начала лечения. После его завершения оценивались результаты с выделением групп респондеров (27) и нон-респондеров (14). У всех больных в ходе перорального теста толерантности к глюкозе (ПТТГ) были рассчитаны гипергликемический и гипогликемический коэффициенты, индекс Саго, функциональная активность β -клеток (ФАБ) ПЖЖ и индекс инсулинорезистентности тканей (ИИР), определены уровни базальной и стимулированной секреции гормонов – инсулина (ИРИ), С-пептида, глюкагона (Г), соматостатина (СС) и панкреатического полипептида (ПП), включая суммарный ответ (S), а также ферментов –

общей амилазы (ОА), панкреатической амилазы (ПА), панкреатической липазы (ПЛ) и панкреатической эластазы (ПЭ). Уровни гормонов и ПЭ определялись методом ИФА, уровни ПА, ПЛ – прямым кинетическим колориметрическим, ОА – амилокластическим методом. При статистической обработке использовали дискриминантный анализ [3], тесты на нормальность распределения, оценивали корреляцию фактора и ответ на лечение.

Результаты и обсуждение. Для каждого наблюдения были рассчитаны функции классификации (две, по характеру ответа на лечение) вида $f_i = c_i + w_i \times x$, где f_i – функция классификации, i – совокупность (по ответу на лечение), c_i константа i -ой совокупности, w – коэффициент фактора; x – наблюдаемое значение фактора (лабораторные данные). Наблюдение было отнесено к тому классу, для которого функция принимала наибольшее значение. Для ХГ В и ХГ С рассчитывались функции моделей, включающие один параметр, из наиболее коррелирующих с ответом на лечение:

$$f_{\text{отв.}} = c_{\text{отв.}} + w_{\text{отв.}} \times x; \quad f_{\text{неотв.}} = c_{\text{неотв.}} + w_{\text{неотв.}} \times x.$$

Установлено, что из 26 факторов, включенных в анализ, прогностическую значимость (в той или иной мере) имеют 13. Для ХГ В такими факторами являлись: базальные показатели СС и ПП, стимулированные – ИРИ и Г, ИИР тканей, стимулированная ПЛ. Для ХГ С – показатели ИРИ (0', 60', 90', 120' и S), ФАБ, ИИР, базальные показатели СС и ПП, стимулированный Г, ПЛ и ПЭ. В случае необходимости можно использовать пары функций, учитывая их прогностическую точность.

Закключение. Определенная степень гормональных и ферментативных нарушений ПЖЖ может выполнять предикторную роль в прогнозе ответа больных ХВГ на лечение. С вероятной неэффективностью противовирусной терапии ассоциируются следующие нарушения:

Ушакова Ольга Владимировна, соискатель кафедры внутренних болезней №1 СтГМА,
тел.: 89624424001, e-mail: UshakovaOV@mail.ru

- повышенный гипогликемический коэффициент и снижение индекса Саго до нижней границы нормы;
- превышение базального и стимулированного уровня ИРИ допустимой нормы, повышение базального С-пептида, вдвое увеличенная его стимулированная секреция и резко повышенный суммарный ответ, 4-кратное усиление ФАБ и 2-кратное возрастание ИИР тканей;
- повышение базального Г свыше 4-х норм, превышение нормы ПП, увеличение СС – свыше 5-ти норм для ХГ В и 10-ти норм для ХГ С, а также парадоксальный секреторный ответ этих гормонов в ходе ПТТГ для ХГ В и ХГ С;
- повышение базального уровня ОА и ПА, отсутствие их секреторного ответа в ходе ПТТГ, повышение секреции ПЛ и умеренная недостаточность ПЭ.

Метод дискриминантного анализа позволяет классифицировать изученные факторы по степени их предикторной значимости в прогнозе ответа на лечение при ХВГ. Рассчитанные классификационные функции можно достаточно просто использовать с точностью прогноза до 100%.

Факт сохранения после лечения у нон-респондеров ХВГ выраженных эндо – и экзокринных нарушений ПЖЖ может рассматриваться как косвенный признак их вирусного происхождения.

Литература

1. Абдурахманов, Д.Т. Хроническая HBV-инфекция / Д.Т. Абдурахманов // Клин. мед. – 2002. – №4. – С. 20-26.
2. Блюм, Х.Е. Гепатит С: современное состояние проблемы / Х.Е. Блюм // РЖГГК. – 2005. – №1. – С. 20-25.
3. Гланц, С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц. – М.: Практика, 1998. – 459 с.
4. Игнатова, Т.М. Естественное течение хронической HCV-инфекции / Т.М. Игнатова // РЖГГК. – 2002. – №2. – С. 20-30.
5. Минушкин, О.Н. Хронический панкреатит: некоторые аспекты патогенеза, диагностики и лечения / О.Н. Минушкин // Consilium medicum. – 2002. – №1.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит, поджелудочная железа, гормоны, ферменты

FUNCTION OF PANCREAS AND RESPONSE TO THE ANTIVIRAL TREATMENT IN CHRONIC HEPATITIS USHAKOVA O.V.

Key words: chronic viral hepatitis, pancreas, hormones, enzymes

© Ю.С.Жданов, 2010

УДК 616-007-053.1:616.12-007.61:616-007.17:616-037:575.113

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА LYS198ASN ГЕНА EDN1 НА ПРОЦЕССЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА

Ю.С. Жданов

Ставропольская государственная медицинская академия

Под «диспластическим сердцем» понимают сочетание конституциональных, анатомических и функциональных особенностей сердца при дисплазии соединительной ткани (ДСТ) [1]. Эти изменения, по мнению исследователей, явления строго детерминированные, в генезе их играют роль факторы, связанные с нарушением обмена веществ наследственной и регуляторной природы [2]. Таким образом, влияние симпатической нервной системы, ренин-ангиотензиновой системы, эндотелиальной дисфункции на ремоделирование сердца и изменение структуры внеклеточного матрикса у пациентов с малыми аномалиями сердца (МАС) не вызывает сомнений.

При пролапсе митрального клапана (ПМК) отмечено ремоделирование камер сердца с тенденцией к увеличению средних показателей размера левого

предсердия и давления в легочной артерии, к снижению сердечного выброса [3]. В этой связи представляется перспективным изучение генетических факторов (генов-кандидатов), отвечающих за процессы сердечного ремоделирования. Так, имеются данные о прогрессировании хронической сердечной недостаточности у носителей *Asn/Asn* гена EDN1, которое в этом случае развивалось достоверно чаще, чем у пациентов с другими генотипами, сопровождаясь более выраженным увеличением полости левого желудочка, что указывает на участие в ремоделировании миокарда полиморфизма *Lys198Asn* [4]. Данных, прослеживающих возможную связь генов сердечно-сосудистой системы с процессами ремоделирования миокарда у пациентов с МАС, нам не встречалось.

Целью исследования явилось изучение ассоциации полиморфного маркера *Lys198Asn* гена EDN1 с некоторыми эхокардиографическими (ЭХО-КГ) показателями: размером левого предсердия (ЛП), диаметром корня аорты в конце систолы (Ао), конечными систолическим и диастолическим размерами левого желудочка (КСР, КДР), конечными систолическим и ди-

Жданов Юрий Сергеевич, ассистент кафедры внутренних болезней №1 СтГМА, тел.: 89187548450, e-mail: yurazhdanov@mail.ru.