

метеоризм, общую слабость. Масса тела стабильная. Нарушения стула около 5 лет. Обострения ежегодно. При обследовании общий анализ крови без выраженных изменений, кроме СОЭ — 19 мм/час. Фекальный жир методом Ван де Камера — 5,2 г/сут. Всасывание D-ксилозы — 1,4 г/5 час. Эластаза-1 в кале — 217 мкг/г фекалий. Клинически был заподозрен диагноз язвенного колита легкой степени тяжести. Проведенная колоноскопия позволила уточнить диагноз: язвенный колит с поражением ректосигмоидного отдела легкой степени тяжести.

Клинический пример №2. Больной К. 52 лет, поступил с жалобами на жидкий стул до 7-8 раз в сутки с примесью умеренного количества крови, тенезмы, урчание и метеоризм, субфебрилитет, снижение массы тела на 4,5 кг за последние 2 месяца. Стаж заболевания около 10 лет, хроническое рецидивирующее течение с обострением 2 раза в год на фоне приема аминосалицилатов в поддерживающей дозе. Легкая степень железодефицитной анемии, СОЭ — 25 мм/ч, умеренная феаторея и стеаторея при копрологическом исследовании. Стеаторея методом Ван де Камера — 6,8 г/сутки. Тест с D-ксилозой — 1,1 г/5 ч. Эластаза-1 в кале составила — 171 мкг/г фекалий. Предположительный диагноз ЯК согласно диагностиче-

ским клинико-лабораторным критериям соответствовал средней степени тяжести. Предполагаемый диагноз язвенного колита согласно диагностическим клинико-лабораторным критериям соответствовал средней степени тяжести. После колоноскопии выставлен диагноз: язвенный колит, левостороннее поражение, средней степени тяжести, хроническое рецидивирующее течение.

Предлагаемый способ позволяет повышать точность оценки вовлечения поджелудочной железы в содружественный процесс при язвенном колите, дает дополнительные критерии в оценке тяжести заболевания.

Таким образом, для осуществления определения степени тяжести язвенного колита проводят тест с определением эластазы-1 в кале: при значении эластазы-1 — $269,0 \pm 17,0$ мкг/г и более определяют норму; при значениях от $217,0 \pm 12,9$ мкг/г определяют легкую степень язвенного колита; при значениях от $171,0 \pm 12,2$ мкг/г определяют язвенный колит средней степени тяжести; при значениях от $111,5 \pm 15,9$ мкг/г и менее определяют язвенный колит тяжелой степени.

Предлагаемый способ — неинвазивный, обеспечивает повышенную точность и информативность, а также позволяет выявлять заболевание на ранних стадиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит. — М., 2001. — 500 с.
2. Беззубик К.В. Патогенетические методы лечения нарушений пищеварения и всасывания при хронических болезнях кишечника: Автореф. дис... д-ра мед. наук. — М., 1991. — 36 с.
3. Белоусова Е.А. Язвенный колит и Болезнь Крона. — М., 2002. — С. 15-22.
4. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Клиническая гастроэнтерология. — М., 2004. — С. 499-520.
5. Григорьева Г.А., Мешалкина Н.Ю. Об алгоритмах диагностики и лечения осложненных форм неспецифического язвенного колита и болезни Крона // Терапевтический архив. — 2005. — №8. — С. 48-55.
6. Златкина А.Р., Беззубик К.В., Гальперин Ю.М. и др. Пищеварительные и транспортные процессы в тонкой кишке при язвенном колите // Советская медицина. — 1990. — №1. — С. 6-9.
7. Ивашкин В.Т., Комаров Ф.И., Раппорт С.И. Краткое руководство по гастроэнтерологии. — М., 2001. — С. 270-293.
8. Калинин А.В. Хронический панкреатит: диагностика, лечение, профилактика // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. — 2007. — №1. — С. 3-15.
9. Кравченко Л.Ф., Сыровацкая Э.П. Внешнесекреторная функция поджелудочной железы при неспецифическом язвенном колите // Терапевтический архив. — №9. — Т. 47. — 1975. — С. 39-42.
10. Левитан М.Х., Федоров В.Д., Капуллер Л.Л. Неспецифические колиты. — М.: Медицина, 1980. — 280 с.
11. Милько В.И., Топчий Т.В., Коринянский А.И. Изменения в тонкой кишке при неспецифическом язвенном колите по данным рентгенологического исследования // Клиническая хирургия. — 1984. — №2. — С. 36-38.
12. Парфенов А.И. Системные проявления болезней кишечника // Клиническая медицина. — 2001. — №4. — С. 9-12.
13. Трэвис С.П., Тейлор Р.Х., Мисевич Дж. Дж. Гастроэнтерология. — М., 2002. — С. 390-417.
14. Хронический панкреатит: Пособие для врачей общей практики, терапевтов, гастроэнтерологов / И.В. Маев, А.Н. Казюлин, А.А. Самсонов и др. — М., 2006. — 104 с.
15. Яхонтова С.И., Раутгайзер Я.М., Валенкевич Л.Н. Хронические болезни кишечника. — СПб., 2002. — С. 284-292.

Информация об авторах: 634041, г. Томск, ул. Новгородская, 44, кв. 10
e-mail: belobekaterina@yandex.ru. Тел.: 8 (382-2) 52-10-72. Факс: 8 (382-2) 52-10-72.

Белобородова Эльвира Ивановна — д.м.н., профессор.
Белобородова Елена Витальевна — заведующая кафедрой, проф., д.м.н.
Акимов Лидия Алексеевна — к.м.н., доцент.
Бурковская Вера Антоновна — к.м.н., доцент.

© АНДРИЕВСКАЯ Т.Г., АЛЕКСЕЕВА Н.Ю. — 2010

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Т.Г. Андриевская, Н.Ю. Алексеева
(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов,
кафедра факультетской терапии, зав. — д.м.н., проф. Н.М. Козлова,
кафедра общественного здоровья и здравоохранения, зав. — д.м.н., проф. Г.М. Гайдаров)

Резюме. В статье представлены результаты оценки состояния почечной функции у пациентов с артериальной гипертензией. При исследовании использовался расчетный метод скорости клубочковой фильтрации по формуле MDRD по креатинину крови. Было выявлено существенное снижение функции почек у трети больных с артериальной гипертензией, установлена зависимость развития хронической болезни почек от степени артериальной гипертензии и сочетания ее с хронической сердечной недостаточностью различных функциональных классов.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, функция почек.

CHRONIC RENAL DISEASE IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

T.G. Andrievskaya, N.Y. Alekseeva
(Irkutsk State Medical University)

Summary: In the article results of estimation of renal function condition in patients with arterial hypertension have been presented. In research the calculated method of glomerular filtration rate on the formula MDRD on blood creatinine was used. Essential reduction of renal function in a third of patients with an arterial hypertension has been revealed, dependence

of development of chronic renal disease on degree of arterial hypertension and its combination with chronic cardiac insufficiency of various functional classes have been established.

Key words: arterial hypertension, function of kidneys.

В последние годы отмечается значительное увеличение количества больных с терминальной хронической почечной недостаточностью. В том числе за счет существенного роста распространенности артериальной гипертензии (далее АГ) среди населения различных стран [1,2,3,4,6]. Высокая вероятность сосудистых осложнений АГ, в том числе почечных, наличие не только кардио-ренальных, но и рено-кардиальных механизмов, способствующих развитию серьезных сердечно-сосудистых состояний (инфаркта миокарда, инсульта и др.), является основанием для раннего выявления нарушения функции почек, их своевременной коррекции у этой категории больных [5].

По статистическим данным в Иркутской области наблюдается высокий уровень заболеваемости населения болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением. В 2007 г. показатель заболеваемости, в сравнении с данными за 2006 г. (9506,9 на 100 тыс. населения), увеличился до 10 386,6 на 100 тыс. взрослого населения. Несмотря на некоторое снижение в 2008 г. частоты встречаемости болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением, до 10 244,6 на 100 тыс. населения, данный показатель все же продолжает оставаться на высоком уровне (для сравнения показатель по РФ на 2008 г. составил 8 792,9 на 100 тыс. населения) [8]. Кроме того, в структуре смертности населения по данным 2006-2008 гг., болезни системы кровообращения продолжают по-прежнему оставаться на первом месте (по данным 2007 г. составляя 661,1 на 100 тыс. населения) [7].

Российские рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов и научного общества нефрологов России, подготовленные на основании рекомендаций национального Почечного комитета (NKF) США 2001 г. и Клинических рекомендаций K/DOQI 2004 г. [5], предлагают оценивать функциональные возможности почек у кардиологических больных согласно разработанной концепции «Хроническая болезнь почек» (далее ХБП) по величине скорости клубочковой фильтрации (далее СКФ), определенной по формуле MDRD, наиболее точно отражающей индивидуальные параметры больного.

Однако, до настоящего времени этот метод не нашел широкого применения в лечебных учреждениях России, несмотря на свою простоту, доступность и информативность.

Цель исследования: Определить диагностическую значимость оценки СКФ по формуле MDRD у пациентов с эссенциальной АГ в зависимости от ее степени и сочетания с хронической сердечной недостаточностью (далее ХСН).

Материалы и методы

Исследование проводили у 133 пациентов с различными степенями АГ — 3,8% с первой, 33,8% со второй, 62,4% с третьей степенью АГ. Среди обследованных у 33,1% имелись клинические признаки застойной ХСН

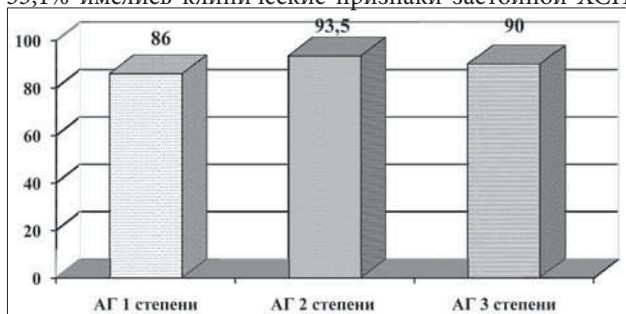


Рис. 1. Показатели уровня креатинина крови в зависимости от степени АГ.

(II-III ФК), причем и ХСН и II ФК, и III ФК чаще сочетались с АГ 3 степени — 75% и 83,4% соответственно. Согласно половозрастной характеристике пациентов удельный вес женщин составил 77% от общего количества обследованных, средний возраст пациентов 53,9 лет. СКФ определялся расчетным методом по формуле MDRD на основании величины креатинина сыворотки крови, в зависимости от возраста и пола.

Результаты исследования

Во всех группах обследованных, а именно вне зависимости от степени АГ и сочетания ее с различными функциональными классами, уровни креатинина крови не превышали нормативных величин (рис. 1).

При этом средние показатели СКФ, в отличие от показателей креатинина сыворотки крови, существенно и достоверно снижались в зависимости от степени АГ — от $96,1 \pm 2,31$ мл/мин при 1 степени до $76,1 \pm 1,3$ мл/мин при 3 степени, соответствуя стадии повреждения (умеренного нарушения) почечной функции у пациентов со 2 и 3 степенями АГ.

У больных с сочетанием АГ и ХСН II-III ФК снижение СКФ было еще большим: от $78,85 \pm 1,1$ мл/мин при АГ 2 степени и ХСН II ФК, $62,2 \pm 1,1$ мл/мин при АГ 2 степени и ХСН III ФК до $65,5 \pm 1,4$ мл/мин при АГ 3 степени и ХСН II ФК, $57,3 \pm 1,1$ мл/мин при АГ 3 степени и ХСН III ФК, соответствуя в последней группе 3 стадии ХБП (рис. 2).

При оценке частоты выявления снижения СКФ нарушение функции почек выявилось у 40% пациентов с АГ 1 степени, а также у 47,2% и 43,7% при АГ 2 и 3 степени соответственно. Снижение функциональных возможностей почек до 3 стадии ХБП выявлено у 16,7% и 18,8% больных с АГ 2 и 3 степени соответственно.

При сочетании АГ с ХСН (II-III ФК) частота выявления как умеренного нарушения функции почек (СКФ = 90-60 мл/мин), так и ХБП 3 стадии (СКФ = 60-30 мл/мин) увеличивалась в прямой зависимости и от степени АГ, и от выраженности ХСН, ее функционального класса. Так при ХСН II ФК умеренное снижение почечной функции выявлено у 75% и 60%, а ХБП 3 стадии у 25% и 33,3% больных с АГ 2 и 3 степени соответственно. В то время как при ХСН III ФК ниже была частота выявления умеренно нарушенной функции почек (СКФ 90-60 мл/мин), а именно 66,6% и 43,5%, но возрастал процент выявления ХБП 3 стадии — 33,4% и 56,5% соответственно при АГ 2 и 3 степени (рис. 3).

Сопоставление степени снижения почечной функции (СКФ) в группах больных с АГ различной степени и ХСН разных функциональных классов показало, что при АГ 2 степени СКФ снизилась на 4,8% при ХСН II ФК и на 24,4% при ХСН III ФК в сравнении с АГ без явных клинических признаков ХСН. В то же время у больных с АГ 3 степени это снижение было большим — 14,4% при ХСН II ФК и 25% при ХСН III ФК.

Частота выявления нарушения функции почек также возрастала в зависимости от степени АГ и выраженности

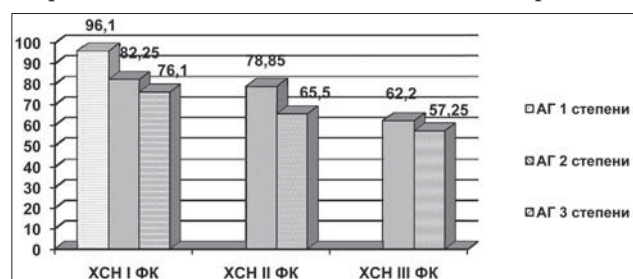


Рис. 2. Показатели скорости клубочковой фильтрации в зависимости от функционального класса ХСН у пациентов с АГ ($p < 0,05$).

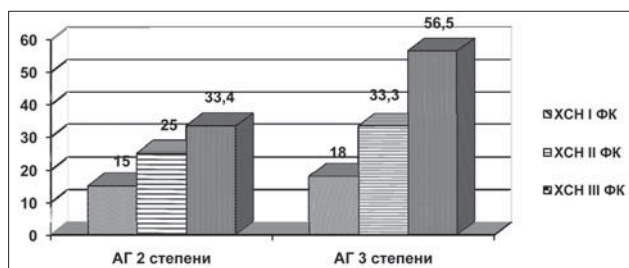


Рис. 3. Частота выявления ХБП 3 стадии в зависимости от степени АГ и функционального класса ХСН.

сти ХСН. При ХСН II ФК на 37,3% и 28,3% увеличилось выявление повреждения (умеренного снижения) почечной функции, на 32% и 40,5% возросла частота ХБП 3 стадии при АГ 2 и 3 степени соответственно, в сравнении с АГ без явных клинических признаков ХСН. При ХСН III ФК эти показатели возросли в еще большей степени. А именно, на 34,5% увеличилось выявление умеренного нарушения почечной функции при АГ 2 степе-

ни, оставшись прежним при АГ 3 степени, в сравнении с АГ этих же степеней, но без явных клинических признаков ХСН. Частота ХБП 3 стадии возросла на 50% и 66,7% у пациентов с АГ 2 и 3 стадии соответственно по сравнению с больными, имевшими АГ с ХСН I ФК.

Заключение: Оценка СКФ по MDRD позволяет выявить начальные нарушения почечной функции уже при 1 степени АГ. Тем более позволяет оценить степень снижения функции почек при АГ 2 и 3 степени, в том числе при сочетании с ХСН, имеющей явные клинические признаки. Серьезные нарушения функции почек — ХБП 3 стадии — выявлены почти у 20,0% больных АГ 2 и 3 степени с ХСН латентной стадии (I ФК), почти у трети при сочетании АГ с ХСН II ФК и более чем у половины при ХСН III ФК с АГ 3 степени.

Таким образом, определение СКФ по формуле MDRD у пациентов с АГ должно шире использоваться в клинической практике для ранней и своевременной диагностики нарушений функции почек и их коррекции (проведение нефропротекторной терапии) в целях профилактики серьезных сердечно-сосудистых осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доналд Е., Седор Е.С., Ганц М.Б. Секреты нефрологии. — С.-Пб., 2001. — С. 24-28.
2. Земченков А.Ю., Томилина Н.А. «К/ДОКИ» обращается к истокам хронической почечной недостаточности. // Нефрология и диализ. — 2004. — Т.6, №3. — С. 204-220.
3. Смирнов А.В., Есаян А.М., Каюков И.Г. Хроническая болезнь почек: на пути к единству представлений. // Нефрология. — 2002. — Т.6, №4. — С. 11-17.
4. Смирнов А.В., Каюков И.Г., Есаян А.М. с соавт. Превентивный подход в современной нефрологии. // Нефрология. — 2004. — Т.8, №3. — С. 7-14.
5. Функциональное состояние почек и прогнозирование сердечно-сосудистого риска. // Российские рекоменда-
- ции (рекомендовано комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов и научного общества нефрологов России на основании рекомендаций NRF K/DOQI, Международных и национальных рекомендаций по АГ, СН, профилактике и лечению атеросклероза). — М., 2008. — 28 с.
6. Vander A.G. Renal clearance. // Renal Physiology, 5 th ed. New York, 1995. — P. 51-61.
7. Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Иркутской области в 2008 году. — Иркутск, 2008. — С. 16-21.
8. Основные показатели лечебно-профилактических учреждений Иркутской области за 2008 год (по данным годовых отчетов лечебно-профилактических учреждений). — Иркутск, 2009. — С. 59.

Информация об авторах: 664001, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1,

тел. (3952) 34-19-96 кафедра факультетской терапии ИГМУ.

Тел. (3952) 24-34-73, 20-39-42, e-mail: fkstat@yandex.ru.

Андриевская Татьяна Григорьевна — доцент кафедры факультетской терапии ИГМУ, к.м.н.

Алексеева Наталья Юрьевна — доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ИГМУ, к.м.н.

© ХАМИДОВА Ф.М. — 2010

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОКРИННОГО АППАРАТА ГОРТАНИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ЛАРИНГИТЕ

Ф.М. Хамидова

(Самаркандский государственный медицинский институт, ректор — д.м.н., проф. А.М. Шамсиев, кафедра патологической анатомии, зав. — к.м.н., доц. Б.С. Абдуллаев)

Резюме. Развитие экспериментального ларингита сопровождается динамической перестройкой эндокринного аппарата гортани. Усиленная синтетическая деятельность апудоцитов на 1 сутки исследования сменяется их ускоренной секреторной активностью, которая возрастает на 7 сутки эксперимента. На 14 сутки наблюдается выраженная гиперплазия апудоцитов, которая сохраняется в течение 90 суток. На 120 и 150 сутки в эндокринном аппарате усиливаются явления апоптоза апудоцитов. На 180 сутки вновь наблюдаются морфологические признаки гиперплазии и гипертрофии этих клеток.

Ключевые слова: гортань, апудоциты, ларингит.

MORFOFUNCTIONAL PROPERTIES OF ENDOCRINE APPARATUS OF THE LARYNX IN EXPERIMENTAL LARYNGITIS

F.M. Hamidova

(Samarkand State Medical Institute, Uzbekiston)

Summary. The development of experimental laryngitis is accompanied by dynamic reconstruction of the endocrine apparatus of the larynx. Increased synthetical activity of apudocytes on the 1st day of investigation is changed by their accelerated secretory activity, which is increased on the 7th day of the experiment. On the 14th day marked hyperplasia of apudocytes is observed and it is preserved during 90 days. On the 120th and 150th days the phenomena of apoptosis of apudocytes increases in the endocrine apparatus. On the 180th day morphological sings of hyperplasia and hypertrophy of these cells are again observed.

Key words: larynx, apudocytes, laryngitis.