

tion.– 1967.– V. 35.– N 6.– P. 1073– 1083.

24. Bruce, R.A. Stress testing in screening for cardiovascular disease / R.A. Bruce, J.R. McDonough // Bull NY Acad. Med.– 1969.– N 45.– P. 1288–1305.

THE METHODOLOGY OF THE FUNCTIONAL SYSTEM THEORY
AS A NEW APPROACH TO THE CONTROL OF THE TRAINING
PROCESS

N.A. FUDIN, YU.YE. VAGUINE, S.YA. KLASSINA

Research Institute of Normal Physiology named after R.K. Anokhin, RAMS

The functional system theory is described in conformity with sports activity. It is shown demand and motivation in achieving the sports results, sports skills, external information, emotions and coach directions in forming sports activity physiologic possibilities. The sports result acceptor is described. The systemic behavior quantization concept is applied to training process in theory and practice. It is analyzed significance of the «physiologic cost» in achieving the sports results.

Key words: functional system, systemic behavior quantization, motivation, memory, emotions, directions, sports activity physiologic possibilities, sports results.

УДК: 618.31

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ С
ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ
МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТКИ РЕПРОДУКТИВНОГО
ВОЗРАСТА

А.Н. ЧЕХОЕВА, Л.В. ЦАЛЛАГОВА, И.М. БЕТОЕВА, Т.С. ДЗАЙНУКОВ,
Р.В. САЛАМОВ*

Приводится редкий клинический случай прогрессирующей шейечной беременности у пациентки 25 лет, с невыполненной репродуктивной функцией и без признаков кровотечения. Описаны консервативные, органосохраняющие методы лечения с применением химиотерапии и вакуум-аспирации. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии, с сохраненной репродуктивной функцией и рекомендациями по дальнейшей реабилитации с целью предвизуальной подготовки.

Ключевые слова: шейечная беременность, органосохраняющие методы лечения: метотрексат, вакуум-аспирация.

Шеечная беременность – редко встречающаяся патология, представляющая собой вариант эктопической беременности, при которой плодное яйцо имплантируется в шейке матки ниже уровня внутреннего зева. Это тяжелая патология, нередко приводящее к утрате репродуктивной функции и материнской смертности. Данные о частоте шейечной беременности вариabельны, в среднем составляют 1:50 000 всех беременностей. Несмотря на значительный прогресс, достигнутый за последние 20-30 лет, проблематичными остаются вопросы лечения шейечной беременности. Современное решение проблемы должно соответствовать основной цели – сохранению репродуктивного здоровья женщины.

До недавнего времени единственным методом лечения шейечной беременности была экстирпация матки. Благодаря высоким технологиям и современным методам диагностики и лечения данной патологии появилась возможность проведения органосохраняющих операций у женщин молодого возраста с нереализованной репродуктивной функцией. Методы консервативного лечения, применяемые в настоящее время, включают механические способы остановки кровотечения, мероприятия, направленные на уменьшение кровоснабжения шейки матки, хирургическое удаление плодного яйца, цитостатическую терапию (локальное и системное введение метотрексата). Медикаментозное лечение шейечной беременности метотрексатом на современном этапе является реальной альтернативой радикальному хирургическому лечению с удалением органа у определенной группы пациенток.

К факторам, predisposing развитию шейечной беременности относят: патологию эндометрия или миометрия (врожденные аномалии тела и шейки матки, миома матки, длительное использование внутриматочной спирали, частые аборты, кесарево сечение, атрофические и дистрофические процессы эндометрия

на фоне воспалительного процесса), а также нарушения процессов nidации плодного яйца. В условиях незначительной активности трофобласта, плодное яйцо не способно имплантироваться в слизистую оболочку матки, что приводит к смещению blastocysts в область перешейка или шейечного канала. Учитывая, анатомические особенности шейки матки (отсутствие защитных механизмов, несостоятельность мышечного слоя по сравнению с полостью матки), патологическое прикрепление плодного яйца приводит к разрушению стенки шейки матки трофобластом. Шеечная беременность, по данным литературы, чаще всего прерывается на ранних сроках беременности в среднем на 6-9 неделях беременности, что затрудняет диагностику. В современных условиях альтернативными методами диагностики шейечной беременности считаются ультразвуковое исследование и определение уровня β -субъединицы хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) в сыворотке крови. Наличие прогрессирующей шейечной беременности всегда угрожает жизни женщины, т.к. эта патология приводит к возникновению профузного кровотечения и потери органа, после экстирпации матки. Несомненно, ранняя диагностика шейечной беременности дает возможность предотвратить массивное кровотечение, выбрать метод лечения, позволяющий сохранить пациентке репродуктивную функцию. В литературе встречаются данные по применению консервативных методов при шейечной беременности. Так, например, Московской школой предлагается ведение шейечной беременности с наложением кетгутовых швов на нисходящие ветви маточных сосудов через своды влагалища на уровне ребер шейки матки, с последующим выскабливанием канала шейки матки, стенок матки, контрольной гистероскопией и тугой тампонадой сводов влагалища. Кафедрой акушерства и гинекологии Астраханской государственной медицинской академии применялся метотрексат с последующей вакуум-эксколелецией и тампонадой влагалища.

В данной публикации представлен клинический случай шейечной беременности у нерожавшей молодой женщины с применением органосохраняющих методов лечения. В лечении использовалась методика Астраханской школы в модификации к данному конкретному случаю.

Пациентка Д., (медицинская карта № 451), 25 лет, поступила в гинекологическое отделение Клинической больницы скорой помощи города Владикавказа, РСО-Алания 7 апреля 2012 г, с подозрением на шейечную беременность. На момент поступления активных жалоб не предъявляла, отмечала незначительные тянущие боли внизу живота. В анамнезе – перенесла хронический цистит, гастрит; в детстве перенесла аппендицитомию, осложнившуюся перитонитом.

Менархе в 12 лет, установились сразу, по 5-6 дней через 28 дней, регулярные, последнюю менструацию точно не помнит, предположительно конец февраля 2012 г. Половой жизнью живет с 17 лет, контрацептивные средства не применяла. Генеративная функция: настоящая беременность вторая, 1 беременность, закончилась мини-абортом. С данной беременностью (со слов пациентки) принимала дюфастон, с целью прерывания беременности. Гинекологические заболевания отрицает. Экстрагенитальные заболевания не выявлены. Гемотранфузионный и аллергический анамнез не отягощены. На момент осмотра состояние беременной удовлетворительное. Пульс 72 удара в минуту, ритмичный, артериальное давление 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах при пальпации. Перитонеальные симптомы отрицательные. Гинекологический статус: оволосение по женскому типу, наружные половые органы развиты правильно, слизистая влагалища и шейки матки цианотичны, влагалищная часть шейки матки тупоконической формы, наружный зев округлой формы, без дефектов слизистой оболочки, выделения отсутствуют. Вагинальная картина – шейка матки размягчена, несколько укорочена, безболезненна, наружный зев закрыт. Тело матки в anteversio, несколько больше нормы, подвижно, мягковатой консистенции, безболезненно. Придатки не пальпируются. Своды свободные. Из обследования: по данным УЗИ (при поступлении) – тело матки несколько смещено вправо, контуры ровные, длина – 54 мм, переднезадний размер – 35 мм, ширина – 46 мм. Миометрий однородный, толщина функционального слоя – 13 мм, соответствует фазе секреции, полость не расширена, плодное яйцо не визуализируется. Строение шейки матки: переднезадний размер – 34 мм. В проекции верхней трети, в толще задней стенки определяется плодное яйцо размером – 17 мм,

* ГОУ ВПО Северо-Осетинская государственная медицинская академия Минздрава России, ул. Пушкинская, 40, 362019, г. Владикавказ, РСО-Алания

эмбрион – 2,5 мм, диаметр желточного мешка – 3 мм, толщина хориона – 3 мм, сердцебиение эмбриона определяется, КТР – 6 мм на 6-7 нед. Беременности, диаметр желточного мешка 3 мм. Хорион в диаметре 5-7 мм. Размер шейки: 38×39 мм, толщина неизменной части – 14 мм, в области плодного яйца – 17 мм, толщина задней стенки меньше – 1 мм. Правый яичник: размеры 33×17×24 мм, объем 7,54 см³, желтое тело до 15 мм. Левый яичник у боковой поверхности матки, размерами 30×21×20 мм, объемом 6,48 см³, с фолликулами до 3 мм.

Заключение: эхопризнаки шеечной беременности при сроке 5-6 недель. Уровень ХГЧ в сыворотке крови – 23700 мМЕ/мл Лабораторные данные: общий анализ крови от 7.04.12 г. эритроциты – 4,0×10¹²/л, гемоглобин – 122 г/л, цветной показатель – 0,9, лейкоциты – 4,0×10⁹/л, эозинофилы – 2, палочкоядерные – 8, сегментоядерные – 68, лимфоциты – 18, моноциты – 4. Биохимический анализ крови: сахар – 3,77 г/л, общий белок – 73,0 г/л; сахар – 4,5 ммоль/л, билирубин – 18,0, мочевины – 4,9 ммоль, протромбиновый индекс – 93%. Общий анализ мочи: удельный вес – 1016, лейкоциты – 0-1-2-5 в поле зрения, белка – нет. ЭКГ – вольтаж – N, ритм – синусовый, число сердечных сокращений – 80 ударов в минуту, электроось – поворот сердца вокруг продольной оси левого желудочка вперед. На основании вышеизложенных данных выставлен диагноз: Шеечная беременность 5-6 недель.

Учитывая молодой возраст, высокий интерес в сохранении детородной функции, отсутствие кровотечения, неотягощенный соматический анамнез, а также небольшой срок беременности, данные ультразвукового сканирования, клинического обследования беременной решено было предпринять попытку проведения консервативного органосохраняющего лечения. С больной и ближайшими родственниками была проведена беседа о дальнейшей тактике ведения, возможном неблагоприятном исходе при выбранной тактике лечения, осложнениях и высокой вероятности удаления матки (экстирпации). Было получено письменное, юридически оформленное согласие пациентки и ее ближайших родственников. Согласно разработанному плану ведения, начаты консервативные методы, направленные на прерывание беременности.

На I этапе проводилась химиотерапия *метотрексатом* (торговое название *методжект*, производитель Германия). Препарат вводился трехкратно в дозе 50 мг, 100 мг, 50 мг, в/в капельно на физиологическом растворе 100 мл с перерывами в 2-3 дня и 25 мг под слизистую шейки матки. Дозу рассчитывали – 50 мг на 1м² поверхности тела. Учитывая побочные действия *метотрексата*, назначался лейковорин и латран. Побочные эффекты после проведенной терапии *метотрексатом* не наблюдались. Параллельно назначалась антибактериальная, гемостатическая терапия. Проводился динамический контроль ХГЧ, через 7 дней, после начатой химиотерапии уровень составил – 1000 мМЕ/мл. Выполнено УЗИ – копчико-теменной размер эмбриона 7 мм – соответствует 6-7 неделям беременности, сердцебиение эмбриона определяется, размеры плодного яйца 28×24 мм; размеры неизменной части шейки матки 21×22 мм, толщина миометрия в области локализации плодного яйца меньше 1 мм. На границе хориона и миометрия визуализируются анэхогенные зоны – гематомы 8×4 мм, 4×2 мм, свободной жидкости в малом тазу нет; в динамике, через 7 дней – плодное яйцо в диаметре 20×18 мм с неровными контурами, гематомами, сердцебиение отсутствует. *Метотрексат* назначался с целью подавления роста трофобласта, уменьшения риска кровотечения.

2 этап предусматривал вакуум-аспирацию содержимого цервикального канала, с контрольным выскабливанием шейки и полости матки при развернутой операционной; последующей тампонадой матки, цервикального канала, влагалища, под внутривенно-капельным введением окситоцина и гемостатиков (транексамовой кислоты). Протокол вакуум-аспирации: в асептических условиях шейка матки взята на пулевые щипцы. Длина полости матки по зонду 6 см, цервикальный канал расширен до № 10 расширителя Гегара. Наконечником № 10 произведена аспирация цервикального канала и полости матки. Аспирировано содержимое в количестве 100 мл. В аспирате хориальная ткань, сгустки крови. Отмечалось незначительное кровотечение. Произведено контрольное выскабливание полости матки, слизистой цервикального канала. После чего стерильными бинтами пропитанными аминокапроновой кислотой, тампонирована полость матки, цервикального канала и дополнительно тугими марлевыми тампонами – своды влагалища. Общая кровопотеря составила

180 мл. Пациентка оставалась под динамическим наблюдением, в условиях стационара, работающего в режиме оказания urgentной помощи. Проводилась инфузионная терапия, назначались гемостатики, утеротоники. На фоне проводимого лечения отмечались скудные, кровянистые выделения из половых путей.

На 3 этап, по истечению 3 суток, при развернутой операционной произведено удаление тампонов из влагалища, цервикального канала, полости матки. Наблюдались умеренные кровянистые выделения из цервикального канала. Влагалище и полость матки обработаны антисептиком, в цервикальный канал введено 10,0 мл аминокапроновой кислоты. Через 2 часа пациентка была переведена в палату. Кровотечения из половых путей не было, отмечались незначительные кровянистые выделения. Продолжалась терапия утеротониками и гемостатиками. По данным УЗИ (через неделю, после вакуум-аспирации) – матка в обычном положении, контуры матки ровные, четкие. Форма обычная, тело матки размерами: 47×33×38 мм. Эндометрий однородный, толщиной 4 мм, полость не расширена, патологические структуры не содержит. Шейка матки размерами: 35×33 мм. В верхних отделах задней стенке визуализируется полость размерами 20×13 мм, содержащая жидкость с небольшим количеством экзогенных включений – кровь. На уровне полости толщина миометрия 1,5 мм. Эндцервикс был не изменен, однородный. Яичники: правый определялся в типичном месте, в нем обнаруживалось «желтое тело», диаметром 17 мм. Левый яичник не визуализировался. Выявлена свободная жидкость в позадиоматочном пространстве в незначительном количестве. Уровень ХГЧ в сыворотке крови – 362 мМЕ/. По результату гистологического исследования – в соскобе была обнаружена: децидуальная ткань, железистый эндометрий gravidарного типа, клубки спиральных сосудов.

4 этап – проводилась реабилитация. В течение 3 недель, после проведенных манипуляций, пациентка находилась под наблюдением. Продолжалась терапия гемостатиками, сокращающими препараты; антианемическое и антибактериальное лечение. По результату УЗИ (через 14 дней после вакуум-аспирации) – тело матки размерами 40×29×40 мм. Миометрий однородный, толщина 9 мм, средней эхогенности. Шейка матки не изменена, размеры 30×27 мм. Эндцервикс однородный не изменен. В толще задней стенки в верхнем отделе, слева определялась полость размерами 6×4×5 мм, со слабым экзогенным содержимым. Яичники: правый определялся в типичном месте, размерами 27×16×17 мм, объем 4,0 см³ с фолликулами в диаметре 8, 10 мм. Левый яичник типично расположен, размерами 28×23×22 мм, объемом 7,0 см³, с фолликулами в диаметре 10, 12 мм. Свободная жидкость в позадиоматочном пространстве в незначительном количестве. Ультразвуковая картина без эхоструктурных изменений. Уровень ХГЧ составил – 8 мМЕ/л, что соответствует значению небеременной женщины (N 0-10 мМЕ/л). 11.05.12 пациентка выписана из стационара в удовлетворительном состоянии, под наблюдением женской консультации. Рекомендовано при выписке половой покой в течение 1 месяца; через 1, 3, 6 месяцев контроль ХГ, УЗИ; контрацепция комбинированными оральными контрацептивами, в течение 6 месяцев.

Таким, образом, проведен консервативно редкий клинический случай шеечной беременности при сроке 6-7 недель. Наш опыт позволяет рекомендовать в исключительных случаях, при условии ранней диагностики шеечной беременности в малые сроки, при отсутствии кровотечения, у молодых женщин с невыполненной репродуктивной функцией консервативное лечение шеечной беременности с применением химиотерапии, вакуум-аспирации, и реабилитации с последующей гормональной коррекцией.

Литература

1. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. 2-е изд., доп. / Э.К. Айламазян, И.Т. Рябцева. – М.: Медицинская книга; Н. Новгород: НГМА 2003.
2. Кулаков, В.И. Руководство по оперативной гинекологии. МИА. / В.И. Кулаков, Н.Д. Селезнева, С.Е. Белоглазова. – М., 2006.
3. Стрижаков, А.Н. Внематочная беременность. Изд. 2-е. / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов, Л.Д. Белоцерковцева, М.Н. Шахламова. – М.: Медицина, 2001.
4. Шахламова, М.Н. Новые технологии в диагностике, лечении и реабилитации больных с различными формами внематочной беременности. Автореф. дисс. д.м.н. / М.Н. Шахламова. – М., 2001.
5. Синчихин, С.П. Новое в лечении шеечной беременности

(клиническое наблюдение) / С.П. Синчихин, А.В. Буров, А.Н. Макаров // Гинекология. – № 1. – том 10. – 2008

6. Макаров, И.О. Органосохраняющая операция при шеечной беременности у пациентки репродуктивного возраста (клиническое наблюдение) / И.О. Макаров, Г.Л. Ермоленко, Н.М. Хайрудинова // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2011. – № 2. – С. 21–22.

THE CLINICAL INVESTIGATIONS OF CERVICAL PREGNANCY WITH APPLICATIONS OF MODERN ORGAN-PRESERVING METHODS OF TREATMENT IN THE REPRODUCTIVE AGE PATIENT

A.N. CHEKHOEVA, L.V. TSALLAGOVA, I.M. BETOEVA,
T.S. DZAINUKOV, R.V. SALAMOV

North-Ossetia State Medical Academy Ministry of Health
and Social Development Russia, Vladikavkaz
Department of Obstetrics and Gynecology

A rare clinical case of progressive cervical pregnancy in 25 year old patient without accomplished reproductive function and without the sings of bleeding has been described in this paper. A conservative, organ-preserving methods with chemotherapy and vacuum-aspiration were described. The patient was discharged in satisfactory condition with preserved reproductive function and with purpose of pregravidar preparation.

Key words: cervical gravidar, organ preserving methods of treatment: metotrecsat, vacuum-aspiration.

УДК: 616.61-085

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА ЖЕСТКОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

А.В. БОНДЫРЕВА, М.А. СТЕПЧЕНКО, Л.А. КНЯЗЕВА*

В данной статье представлены результаты исследования параметров жесткости и эластичности сосудистого русла у 85 больных сахарным диабетом 2 типа с диабетической нефропатией. Установлено повышение жесткости и снижение эластичности сосудистого русла у больных СД 2 типа, более выраженные структурно-функциональные изменения артериального русла определены у больных диабетической нефропатией с протеинурией в сравнении с показателями больных с альбуминурической стадией нефропатии. Выявлено корригирующее влияние лизиноприла на нарушения упруго-эластических свойств сосудистого русла у больных с диабетической нефропатией.

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетическая нефропатия, жесткость и эластичность сосудистой стенки, лизиноприл.

Диабетическая нефропатия (ДН) является одним из наиболее тяжелых осложнений сахарного диабета, приводящим к формированию терминальной почечной недостаточности у 30% больных сахарным диабетом (СД) 2 типа [4]. Предиктором ДН у больных СД 2 типа является микроальбуминурия (МАУ), которую также связывают с высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений и повышением общей и сердечно-сосудистой смертности [9,10]. Следует отметить, что терапия ДН остается по-прежнему актуальной проблемой диабетологии. Неудовлетворительные результаты лечения ДН связывают со сложностью патогенеза, длительным бессимптомным течением и поздней ее диагностикой [2].

В последнее время выявлена тесная взаимосвязь патологических изменений, связанных с нарушением механических свойств стенок артерий и частотой возникновения сердечно-сосудистых осложнений [5]. Жесткость артериальной стенки названа независимым фактором риска кардиоваскулярной патологии [5,8]. К настоящему времени доказано участие нарушений эластических свойств артерий в развитии сосудистых осложнений сахарного диабета. Установлено, что артериальная жесткость является независимым предиктором сердечно-сосудистой и общей смертности при терминальной почечной недостаточности. В нескольких исследованиях продемонстрирована стабильная взаимосвязь скорости распространения пульсовой волны и так называемых малых факторов риска (гипертрофия миокарда левого желудочка, микроальбуминурия и др.). В связи с этим при изучении механизмов развития ДН все больше внимания уделяется изучению роли жесткости артериальной стенки в этом процессе [2,7]. Следует отметить, что характеристика упруго-эластических свойств сосудистой стенки у

больных ДН является практически не изученной проблемой, что определяет актуальность этого направления исследований. С этих позиций представляет интерес оценка свойств ингибиторов ангиотензина-II влиять на структурно-функциональные параметры сосудистой стенки, что позволит осуществить выбор наиболее эффективного препарата, влиять на прогноз.

Цель исследования – изучение нарушений упруго-эластических свойств сосудистой стенки и возможности их коррекции лизиноприлом у больных с диабетической нефропатией.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 85 больных СД 2 типа, среди них 40 мужчин (47%) и 45 женщин (53%). Средний возраст составил 41±6,5 лет. Длительность СД 2 типа у обследованного контингента колебалась от 1 года до 15 лет (до 10 лет – у 40 больных, у 45 пациентов длительность СД составила от 10 до 15 лет). Степень тяжести течения и фазы компенсации сахарного диабета определялись согласно алгоритмам специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом [1] с учетом клинико-лабораторных признаков (контроль базальной и суточной гликемии и глюкозурии, уровня гликозилированного гемоглобина), данных осмотров окулиста и невролога. Распределение больных проводилось в зависимости от выраженности ДН на основании классификации И.И. Дедова и М.В. Шестаковой (2000г.). В обследование были включены 2 группы больных: 1 (n=50) с альбуминурией; 2 (n=35) с протеинурией.

Критериями включения в исследование являлись следующие: СД 2 типа с диабетической нефропатией, удовлетворительный контроль СД (гликемия натощак <7,0 ммоль/л; гликемия постпрандиальная <19,0 ммоль/л; HbA1c <7%); АГ не выше 1 степени; информированное согласие пациента о включении в исследование. Критериями исключения являлись: нестабильная компенсация СД (HbA1c >10%); хроническая сердечная недостаточность более II ФК по NYHA; диабетическая нефропатия I-II, V стадии.

Группу контроля составили 24 здоровых донора: 10 мужчин и 14 женщин в возрасте от 35 до 50 лет, средний возраст составил 40,2±6,3 лет.

Исследования параметров жесткости артериального русла проводилось дважды: до начала лечения и после 6 месяцев терапии.

Исследование параметров состояния сосудистой стенки оценивали с помощью монитора АД компании «Петр Телегин» (г. Нижний Новгород) и программного комплекса BPLab. Определялись: РТТ – время распространения пульсовой волны (мс); ASI – индекс ригидности стенки артерий; AIx – индекс аугментации (%); SAI – систолический индекс площади (%); СРПВ (см/с) – скорость распространения пульсовой волны. Последняя вычислялась по формуле

$$CPPB = \frac{L_{ao} + L_p(ASc + AA + 1/3AB)}{PTT}$$

где L_{ao} – расстояние между устьем аорты и подключичной артерией, измеренное сонографически; $L_p(ASc + AA + 1/3AB)$ – сумма длин подключичной подмышечной и 1/3 плечевой артерий.

Лечение больных включало: диету – диетотерапию; пероральные сахароснижающие препараты, производные сульфаниламочевинной второй генерации глибенкламид (манинил – 5,0) – 32 пациента, гликлазид (диабетон) – 28 человек, комбинированную терапию (манинил 5,0 + сиофар 850) – 30 больных. После определения исходных параметров терапия больных ДН была дополнена лизиноприлом в дозе 35,0±5,0 мг/сутки.

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием парного и непарного критерия Стьюдента, коэффициента корреляции Пирсона с применением программного комплекса Statistica 6.0 for Windows.

Результаты и их обсуждение. Проведенные исследования показали наличие у всех обследованных больных ДН изменений исходных показателей, определяющих эластичность сосудистой стенки, большая выраженность которых определена при протеинурической стадии ДН (табл.), что проявлялось достоверным снижением в сравнении с контролем и показателем при альбуминурической стадии ДН величины РТТ, соответственно в 1,37±0,2% и в 1,13±0,1 раза (p<0,05). Индекс ригидности (ASI) у пациентов ДН с протеинурией составил 56,9±2,7 и 47,2±2,9 – у больных ДН с альбуминурией, что превышало контрольные значения в 1,5±0,4 и 1,3±0,3 раза (p<0,05) соответственно. Известно, что индекс аугментации (AIx) коррелирует со степенью ремоде-

* ГБОУ ВПО Курский государственный медицинский университет Минздрава России, ул. К.Маркса, 3, г.Курск, 305041, e-mail: kafe-dra_n1@bk.ru