

снижение исходно повышенного показателя объёма, времени, а показатель напряжения почти не отличался от исходного. Наиболее показательны изменения кинетической способности желчного пузыря, проявляющиеся снижением исходно-повышенного объёма желчи, показателя напряжения и повышением времени сокращения желчного пузыря.

Таблица 7

Характеристика показателей этапов ЭХДЗ до и после АЭС ЖКТ и СО (M±m)

Показатели	Норма	До АЭС ЖКТ	После АЭС ЖКТ
I этап			
Объём, мл	30,0±4,0	36,0±4,0(p>0,05)	44,1±2,2(p>0,05)
Время, мин.	20,0±2,0	14,0±1,0(p<0,01)	9,0±2,0(p<0,01)
Напряжение, мл/мин	1,3±0,1	2,0±0,5(p>0,05)	2,16±0,3(p>0,05)
II этап			
Время, мин.	6,0±1,0	3,2±1,0(p<0,05)	4,6±0,7(p>0,05)
III этап			
Объём, мл	3,0±2,0	14,0±2,0(p<0,001)	5,2±1,9(p<0,01)
Время, мин.	3,0±1,0	8,0±2,0(p<0,01)	3,7±1,2(p>0,05)
Напряжение, мл/мин.	1,0±0,2	1,5±0,2(p>0,05)	1,8±0,8(p>0,05)
IV этап			
Объём, мл	64,0±7,0	72,0±4,0(p>0,05)	54,5±3,3(p<0,01)
Время, мин.	33,0±3,0	19,0±2,0(p<0,001)	27,3±1,9(p<0,01)
Напряжение, мл/мин	2,1±0,2	2,7±0,1(p<0,01)	2,1±0,2(p<0,01)
V этап			
Объём, мл	34,0±5,0	49,0±8,0(p>0,05)	40,6±5,4(p>0,05)
Время, мин.	24,0±2,0	20,0±4,0(p>0,05)	21,0±2,9(p>0,05)
Напряжение, мл/мин	1,3±0,1	2,0±0,2(p<0,01)	1,9±0,2(p>0,05)

Таблица 8

Биохимический состав пузырной желчи у больных ДЖВП на фоне применения АЭС ЖКТ и СО (M ± m ммоль/л, n=40)

Компоненты	Норма	«В» концентрация, ммоль/л		
		До АЭС ЖКТ	После АЭС ЖКТ	p
Холевая кислота	19,5±1,3	13,1±2,1	18,5±1,0	p<0,05
Холестерин	8,04±0,72	6,9±0,8	8,8±0,8	p>0,05
Холато/холестерин. коэф.	2,9±0,2	1,5±0,3	2,5±0,5	p<0,05
Фосфолипиды	3,63±0,4	1,4±0,2	1,8±0,35	p>0,05
Фосфолип/холест. коэф.	0,34±0,06	0,2±0,02	0,28±0,02	p>0,05
Билирубин	3,9±0,38	2,7±0,7	3,3±0,16	p>0,05
Кальций	1,4±0,05	1,5±0,03	1,39±0,02	p<0,01
СРБ	Отрицат.	Отрицат.	Отрицат.	

Таблица 9

Биохимический состав печёночной желчи у больных ДЖВП на фоне применения АЭС ЖКТ и СО (M ± m ммоль/л, n=40)

Компоненты	Норма	«С» концентрация, ммоль/л		
		До АЭС ЖКТ	После АЭС ЖКТ	p
Холевая кислота	3,76±0,3	2,3±0,5	3,65±0,4	p<0,05
Холестерин	2,38±0,27	2,4±0,27	3,1±0,4	p>0,05
Холато/холестерин. коэф.	2,0±0,2	0,75±0,02	1,25±0,2	p<0,05
Фосфолипиды	0,38±0,03	0,4±0,02	0,42±0,015	p>0,05
Фосфолип/холест. коэф.	0,19±0,05	0,166±0,03	0,15±0,02	p>0,05
Билирубин	1,04±0,07	0,57±0,04	0,8±0,03	p>0,05
Кальций	1,3±0,08	1,53±0,04	1,44±0,06	p>0,05
СРБ	Отрицат.	Отрицат.	Отрицат.	

Одним из вариантов оценки моторики гепатобилиарного тракта является метод ультразвукового исследования желчного пузыря и желчевыводящих путей с использованием желчегонного завтрака и расчётом показателя двигательной функции (ПДФ). Уменьшение исходного ПДФ у исследованной группы свидетельствовало о функциональной недостаточности сфинктерного аппарата и гипертонусе желчного пузыря. Контрольную группу составили 33 практически здоровых лиц в возрасте от 18 до 21 года, при этом ПДФ у них составил 0,78±0,04. Исходный показа-

тель в исследованной группе был равен 0,43±0,12. После проведённой коррекции АЭС ЖКТ и СО получили достоверное увеличение ПДФ желчного пузыря и желчевыводящих путей до 0,56±0,4, что свидетельствует о нормализующем действии АЭС ЖКТ и СО на моторную функцию гепатобилиарной системы.

После воздействия АЭС ЖКТ и СО биохимические показатели желчи изменились в сторону увеличения показателя холевой кислоты, ХХК в пузырной и в печёночной желчи (табл. 8–9).

Заключение. Установлены особенности желчевыделения при ДЖВП, а также состава печёночной и пузырной желчи, свидетельствующие о возрастании ее литогенности, а также оптимизирующее влияние автономной электростимуляции ЖКТ и СО на изменённые показатели моторики и состава желчи.

УДК 611-18.1; 576.3/.7; 611-013.11

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ С ПОДАГРОЙ, ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ АУТОЛОГИЧНЫХ КЛЕТОК

Д.В. ИВАНОВ*, И.В. ПОТАПОВ **, А.В. ШАТАЛОВ***, А.А. ХАДАРЦЕВ*

Цель: оценить влияние трансплантации аутологичных клеток костного мозга на течение подагрического артрита.

Обоснование: подагра – клинический синдром, который характеризуется развитием артритов, чаще плюснефалангового, связанных с отложением в тканях сустава монокристаллов уратных кристаллов. Эти отложения связаны с изменением метаболизма мочевой кислоты, которое возникает при наличии генетических дефектов и внешнесредовых воздействий, что в совокупности формирует каскад порочных метаболических реакций в организме пациента. Для нормализации состояния выполнена трансплантация аутологичных клеток костного мозга пациента.

Материалы и методы. Пациент 46 лет болел подагрой в течение 9 лет. Регулярно принимал аллопуринол, при возникновении выраженного болевого синдрома нерегулярно принимал нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). В течение последних 2 лет до проведения терапии с применением аутологичных клеток костного мозга появились боли в крупных суставах (коленных, локтевых). После обследования произведен забор аспирата костномозговой взвеси из гребня подвздошной кости. Введение клеточного материала велось внутривенно капельно по 150 млн. клеток с промежутком в месяц. Первичное введение осуществлялось через 3 суток после забора аспирата костномозговой взвеси, повторное введение криоконсервированных клеток проводилось через 30 дней после первичного введения. Размораживали криоконсервированные клетки непосредственно перед введением. Рентген плюснефаланговых суставов, коленных и локтевых суставов проводили до терапии и через 12 месяцев. Контрольные точки обследования – 1, 3, 6 и 12 месяцев после проведения трансплантации; пациент сдавал биохимический анализ крови, общий анализ мочи, заполнял стандартизированные опросники SF-36, EQ-5D. Опросник SF-36 используется для оценки качества жизни в различных популяционных группах здоровых людей и пациентов с различными хроническими заболеваниями. EQ-5D (EuroQol) – общий опросник качества жизни, разработанный Европейской группой исследования качества жизни. EQ-5D – многомерный инструмент оценки качества жизни, который может быть выражен с помощью одного показателя – индекса. EQ-5D. Опросник позволяет получить 243 варианта «состояния здоровья». Часть опросника может быть представлена как профиль (EQ-5D profile), состоящий из 5 компонентов, или как индекс здоровья – EQ-5D utility. Последний удобен для использования в фармакоэкономических расчетах. Вторая часть представляет собой визуальную шкалу («градусник») с градуировкой от 0 до 100, где 0 – смерть.

Результаты. Перед введением аутологичных клеток пациенту было проведено исследование клеточного состава на точном цитофлуориметре с использованием моноклональных антител. Результаты представлены в табл. 1.

* ГУП НИИ НМТ

** ООО «Биостэм»

*** ЦВКГ им. А.А. Вишневецкого

При обработке опросника SF-36 результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Шкалы группируются в два показателя «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья». Данные по результатам опросника SF-36 представлены в табл. 2.

Таблица 1

Клеточный состав

Маркер	Результат исследования, %
CD3	38,6
CD5	44,6
CD7	36,6
CD19	5,1
CD20	2,5
CD22	1,4
CD23	1,4
CD34	1,2
CD38	15,1
CD71	12,5
HLA-DR	6,9

Таблица 2

Данные по результатам опросника SF-36

Шкалы SF-36	До терапии	Через 1 мес.	3 мес.	6 мес.	12 мес.
PF	45	100	85	75	75
RP	0	100	100	100	100
BP	32	100	74	62	62
GH	50	92	67	77	77
VT	80	90	80	85	85
SF	50	100	87,5	100	100
RE	0	100	100	100	100
MH	72	92	84	88	88
Физический компонент здоровья	34.3729	50.34751	48.31816	43.0104	43.0104
Психический компонент здоровья	59.32201	72.68344	70.67215	75.23853	75.23853

Примечание: физическое функционирование – PF; физическо-ролевое – RP, социальное – SF, эмоционально-ролевое – RE, физическая боль – BP, общее здоровье – GH, жизненная сила – VT

Оценка полученных данных идет достаточно простым способом: чем ближе показатель к 100, тем лучше состояние здоровья. Наилучший показатель физического компонента здоровья был через месяц после проведенной терапии. Затем он стабилизировался и немного снизился, продолжая быть неизменным в течение >6 месяцев. Клиническая картина болезни у пациента кардинально изменилась, что произошло практически в течение первого месяца. Если раньше при погрешностях в диете (алкоголь, белковая пища – мясо в больших количествах) вызывало резкий болевой синдром не только в мелких, но и крупных суставах, с отеком и местами гиперемией, тугоподвижностью и болями, то после терапии болевой синдром локализовался в области I плюснефалангового сустава на стопе. Пациент не изменил свой образ жизни, погрешности в диете происходят достаточно регулярно, но число таблетированных препаратов резко уменьшилось. В настоящее время пациент иногда прибегает к приему НПВП, в основном болевой синдром купируется только диетой. Анализ первой части опросника EQ-5D подтвердил данные, полученные при помощи опросника SF-36. Данные обработки опросника EQ-5D представлены в табл. 3. Различия заключается в числовом значении, в EQ-5D, чем ближе к 1,00 показатели, тем выше оценка здоровья пациентом. В опроснике отмечена тенденция к улучшению через 1 месяц, которая стабилизировалась на весь период наблюдения, т.е. более 12 месяцев. Более наглядно представлена собственная визуальная оценка здоровья пациента. Значительное улучшение на 30% через месяц по сравнению с

периодом до терапии и впоследствии – снижение и стабилизация. При сравнении результатов, полученных при обработке всех опросников, отмечено, что даже через год после терапии, пациент не приблизился в оценке своего здоровья (как интегрального показателя) к значениям до терапии. В течение наблюдаемого промежутка времени пациент не был ни разу госпитализирован в стационар для лечения, хотя перед проведением терапии госпитализировался не менее 2 раз в год.

Таблица 3

Данные обработки опросника EQ-5D

Сроки	Индекс	«Градусник»
до терапии	0.688625	60
1 месяц	0.810001	90
3	0.810001	80
6	0.810001	75
12	0.810001	75

В анализах пациента, которые выполнялись на контрольных точках (до, 1, 3, 6, 12) происходили колебания показателей функции печени, азотистого обмена, липопротеидов, ревматологических проб. Ухудшение биохимических показателей было связано с погрешностями в диете перед исследованиями, что быстро компенсировалось диетой, и повторные анализы приближались к норме.

Заключение: Проведенное пилотное исследование на единственном больном не позволяет говорить о каких-либо закономерностях, но положительный результат позволяет проводить дальнейшую работу в лечении пациентов с подагрическим артритом с использованием аутологичных клеток. Необходимо также обратить внимание, что, несмотря на остающиеся завышенными некоторые биохимические показатели, качество жизни пациента кардинально изменилось. В течение целого года, а период наблюдения за пациентом продолжается, он вел активный образ жизни, был социально значим и полезен. Ни один из проводимых ранее стандартных курсов лечения не принес столь длительного и стабильного результата. В настоящее время проводится наблюдение за группой пациентов.

THE CLINICAL ANNUAL OBSERVATION OF PATIENT WITH GOUT AFTER THE AUTOLOGIC CELLS INTRODUCTION

DS.V. IVANOV, I.V. POTAPOV, A.V. SHATALOV, A.A. KHADARTSEV.

Summary

The obtained results allow to treat the patients with gouty arthritis by means of autologic cells.

Key words: autologic cells, introduction

УДК 616.831.3-07-09

ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

И.А. ГРИБАЧЕВА, Т.Ф. ПОПОВА, Е.Л. ПОТЕРЯЕВА,
О.В. ЧУРАЛЕВА, А.А. ШТОББЕ*

Введение. В процессе формирования новых представлений о механизмах возникновения отдельных форм цереброваскулярной патологии возникло целое направление, получившее название ангионеврология, которое относится к разделу нейронаук, изучающих проблему сосудистых заболеваний головного мозга (СЗГМ) на основе взаимосвязи метаболизма, кровообращения и функций мозга в норме и их нарушений при различных заболеваниях и патологических состояниях. Становление ангионеврологии как научного направления необходимо в связи с возрастанием медицинской и социальной значимости СЗГМ [1–3]. Значение изучения хронической церебральной ишемии (ХЦИ) особенно велико в связи с прогрессирующим течением патологического

* Новосибирский госмедуниверситет, г. Новосибирск, 630091, Красный проспект, 52. Тел./факс 382-2-222286