

пластических материалов на основе брeфокости и гидроксиапатита: Дис. ... канд. мед. наук. – Алма-Ата, 1990. – 174с.

6. Копейкин В.Н. Ортопедическое лечение заболеваний пародонта. – М.: Триада-Х, 1998. – 175с.
7. Лосев Ф.Ф. О методе направленной регенерации // Стоматология для всех. – 1998. – №1. – С.9-13.
8. Островский А. Остеопластические материалы в современной пародонтологии и имплантологии // Новое в стоматологии. – 1999. – №6. – С.39-52.
9. Радкевич А.А., Пуликов А.С., Божененко П.В. и др. Морфогенез остеогенной ткани, полученной с по-

мощью пористого никелида титана // Новые биосовместимые сверхэластичные материалы и новые медицинские технологии в стоматологии. – Красноярск, 2000. – С.88-89.

10. Радкевич А.А., Пуликов А.С., Божененко П.В. и др. Морфологические особенности остеопластики альвеолярных отростков челюстных костей у собак // Новые биосовместимые сверхэластичные материалы и новые медицинские технологии в стоматологии. – Красноярск, 2000. – С.74-75.

© СИЗЫХ Т.П., НИКОНОВА М.А. –
УДК 616.248

КЛИНИКА АСПИРИНОВОЙ ТЕТРАДЫ И ЕЕ НЕРАЗВЕРНУТЫХ ВАРИАНТОВ ТЕЧЕНИЯ

Т.П. Сизых, М.А. Никонова.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода, кафедра госпитальной терапии ИГМУ, зав. – проф. Т.П. Сизых)

Резюме. В настоящей работе представлены результаты полного клинико-лабораторного обследования больных аспириновой тетрадой и ее неразвернутыми вариантами течения, включая данные аспиринового, антипиринового тестов и комплексного изучения функций печени.

По определению Международного консенсуса (1992) бронхиальная астма (БА) – хроническое заболевание, основой которого является воспалительный процесс в дыхательных путях с участием тучных клеток, эозинофилов и др. У предрасположенных лиц этот процесс вследствие связанного с ним усиления реакции дыхательных путей на различные раздражители вызывает симптомы, как правило обусловленные распространенной, различной степени выраженности бронхиальной обструкцией, обычно обратимой либо спонтанно, либо под воздействием лечения [8].

Аспириновая бронхиальная астма (АА) представляет собой отдельный неиммунный клинкопатогенетический вариант бронхиальной астмы; характеризуется особенно тяжелым, прогрессирующим течением; с трудом поддается лечению и требует нередко назначения глюкокортикоидов [10]. Основными проявлениями являются приступы удушья, непереносимость аспирина и нестероидных противовоспалительных препаратов, риносинусит, в ряде случаев полипозный (астматическая триада) [7,9].

В 90-х годах Т.П. Сизых и Н.Ю. Ефимова доказали, что при всех вариантах АА в 100% случаев выявляется еще один синдром – гепатобилиарный, который проявляется холестатическим, гепатодепрессивным синдромами, а так же нарушением биотрансформационной, поглотительной и выделительной функции печени. При этом авторами установлено, что ведущим механизмом формирования АА является энзимопатия в системе цитохромов гепатоцитов. Аспирин же является биологическим маркером аспиринового гепатоза (энзимопатии), т.к. обладает свойством ингибировать

цитохромы, и вследствие этого блокировать циклооксигеназный путь метаболизма арахидоновой кислоты. Следовательно, развернутый вариант АА правомочно назвать аспириновой тетрадой (АТ) [3].

Анализируя ретроспективно истории болезни больных аспириновой астмой, а так же данные литературы, мы обратили внимание, что все больные до постановки данного диагноза в течение многих лет находились под наблюдением у различных специалистов по поводу хронических заболеваний органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, кожи.

Наиболее часто встречались следующие патологии: хроническая круглогодичная ринопатия, сочетание ринопатии с бронхиальной астмой или гепатобилиарным синдромом, а так же сочетание хронической псевдоаллергической крапивницы с бронхиальной астмой или гепатобилиарным синдромом. Мы предположили, что эти патологические состояния являются неразвернутыми вариантами течения аспириновой тетрады. Кроме того, за время нашего 12 летнего исследования отмечалось развитие этих патологических состояний в клинику аспириновой тетрады.

Материалы и методы

Для выявления клинических особенностей аспириновой тетрады и ее неразвернутых вариантов течения проводилось углубленное обследование по единой методике в условиях стационара выявленных нами в процессе эпидемиологического обследования больных – жителей мр-на Солнечный г.Иркутска (37 человек) и п.Меget (32) [4,5,6]. На каждого больного заполнялась индивидуальная, специально нами разработанная анкета. Все боль-

ные прошли полное клинико-аллергологическое обследование, включая аспириновый, антипириновый тесты, а так же углубленное исследование функций печени.

Все больные были разделены на две группы. В I группу вошли – 34 больных с аспириновой тетрадой, во II – 35 с неразвернутыми вариантами ее течения.

Для сравнительной характеристики клинического материала набрана контрольная группа – 37 условно здоровых лиц в возрасте от 25 до 55 лет. Обязательным условием для них было отсутствие аллергической, псевдоаллергической и гастроэнтерологической патологии. Кроме того, были набраны сравнительные группы больных АБА (22 человека) и ИЗБА (20). Среди этих больных преобладали женщины: АБА – 72,7%, ИЗБА – 70%.

Результаты и обсуждение

В настоящей работе представлены данные углубленного обследования выявленных нами 69 больных аспириновой тетрадой и ее неразвернутыми вариантами течения – жителей города и села.

По нашим данным, аспириновая тетрада в большинстве случаев развивается в возрасте 31 год и старше (мр-н Солнечный – 57,8%, п.Мегет – 46,6%). При этом преимущественно ею страдают женщины (57,9% и 60,0% соответственно). Следует отметить, что в 31,56% случаев (мр-н Солнечный) и 46,3% (п.Мегет) аспириновая тетрада встречалась в детском возрасте, в том числе и среди мальчиков (26,3% и 26,7% соответственно).

Во II группе больных неразвернутыми вариантами течения аспириновой тетрады прослеживалась та же закономерность, что и среди больных аспириновой тетрадой большая часть больных была представлена женщинами (мр-н Солнечный – 66,7%, п.Мегет – 58,8%), в возрасте 31 и более лет – 55,3% и 76,4% соответственно.

Больные I группы, в 36,8% случаев в мр-не Солнечный г.Иркутска, и в 40,2% – в п.Мегет работали во вредных условиях труда. Это водители, медики, строители, работники пищевой и химической промышленности.

Во II группе 38,9% жителей мр-на Солнечный г.Иркутска и 35,3% – п.Мегет тоже работали во вредных условиях труда. Одинаково часто встречались работники торговли, химической и пищевой промышленности, строители и педагоги, водители и медики. Значительную часть составили сельхозработники – 11,8%.

Клиническими особенностями неразвернутых вариантов течения аспириновой тетрады являются круглогодичная ринопатия без указаний при опросе на непереносимость аспирина и НПВС, выявленный в 28,6% случаев, преимущественно у детей в возрасте от 5 до 16 лет (средний возраст 11,4±1,1 лет). Сочетание ринопатии с гепатобилиарным синдромом установлено в 8,6% случаев (средний возраст 12,8±1,3 лет), с атопической

бронхиальной астмой – в 11,4% (средний возраст 17,2±1,8 лет). Атопическая бронхиальная астма была легкого течения с преимущественной сенсibilизацией к бытовым и растительным аллергенам. Сочетание инфекционно-зависимой бронхиальной астмы с хронической крапивницей установлено – в 8,6% случаев (средний возраст 40,3±2,7 лет), хронической крапивницы с гепатобилиарным синдромом – в 42,8% (средний возраст 19,8±2,1 лет) (табл.1).

Таблица 1.

Клинические особенности неразвернутых вариантов течения аспириновой тетрады

Патологические состояния	Количество исследуемых	
	II группа, n=35	
	n	%
Круглогодичная ринопатия	10	28,6
Ринопатия + гепатобилиарный синдром	3	8,6
Ринопатия + АБА	4	11,4
Хронич. крапивница + ИЗБА	3	8,6
Хронич. крапивница + гепатобилиарный синд-м	15	42,8

При анализе анамнеза больных аспириновой тетрадой и ее неразвернутыми вариантами течения были определены некоторые общие особенности. Так каждый третий больной житель мр-на Солнечный и каждый второй больной житель п.Мегет злоупотреблял курением. Каждый четвертый больной из мр-на Солнечный и каждый второй из п.Мегет принимали алкоголь чаще, чем 2 раза в месяц.

Ведущими факторами манифестации как аспириновой тетрады, так и ее неразвернутых вариантов течения были перенесенные инфекции верхних дыхательных путей, стресс и прием аспирина и/или НПВС. У каждого больного обеих групп имела сопутствующая патология, преимущественно проявляющаяся заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Более чем у половины всех больных аспириновой тетрадой и ее неразвернутыми вариантами течения выявляется отягощенный анамнез наследование преимущественно идет по женской линии из поколения в поколение.

Нами установлено, что больные I группы – аспириновой тетрадой в 100% случаев предъявляли жалобы со стороны органов дыхания. Ведущими являлись приступ удушья и чувство затрудненного дыхания. Все больные отмечали непереносимость аспирина и/или НПВС, хотя аллергологические (кожные и провокационные) тесты с ними были отрицательными, что свидетельствует в пользу псевдоаллергического механизма развития этих реакций. Каждый второй больной I группы предъявлял жалобы на уртикарные высыпания после приема разной химической структуры лекар-

ственных или пищевых веществ, но и в этих случаях проведенные аллергологические тесты с ними были отрицательными. Основными проявлениями патологии желудочно-кишечного тракта были гепатобилиарный синдром отмеченный в 73,5% случаев, симптомы желудочной и кишечной диспепсий – в 44,1% и 29,4% соответственно. Кроме того, жалобы на круглогодичную заложенность носа, не связанную с простудой, предъявляли 85,3% больных. После консультации ЛОР-врача патология верхних дыхательных путей была установлена у всех больных аспириновой тетрадой. Среди детей в возрасте до 15 лет, преимущественно мальчиков, в 29,4% случаев выявлена непереносимость салицилатов естественного происхождения (клубники, малины, цитрусовых и др.).

Все больные неразвернутыми вариантами течения аспириновой тетрады (II группа), как и аспириновой тетрадой, с одинаковой частотой предъявляли жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта. Основными проявлениями патологии так же были симптомы гепатобилиарного синдрома (85,7%), желудочной (51,4%) и кишечной (54,3%) диспепсий. Более половины больных отмечали появление крапивницы. Основной ее причиной то же называлось употребление лекарств (пенициллины, витамины группы В, сульфаниламиды), однако проведенные с ними кожные и провокационные тесты не выявили к ним сенсibilизации, как и в случае с больными аспириновой тетрадой. Непереносимость аспирина по данным опроса отсутствовала у всех больных неразвернутыми вариантами течения аспириновой тетрады. Проведенный же аспиринотест оказался положительным в 94,3% случаев. У большинства (71,4%) больных II группы при обследовании отоларингологом установлена ринопатия, проявлявшаяся вазомоторным ринитом.

Среди детей в возрасте от 5 до 16 лет основным вариантом неразвернутой формы аспириновой тетрады была круглогодичная ринопатия не связанная с простудой, выявленная в 28,6% случаев, в ряде случаев сочетающаяся с хронической крапивницей (30,0%) на прием салицилатов растительного происхождения, но в значительных количествах.

Всем больным аспириновой тетрадой и ее неразвернутыми вариантами течения, а так же группе здоровых лиц был проведен аспиринотест по общепринятой схеме.

В здоровой группе аспиринотест даже на максимальную суточную дозу в 2000 мг. был отрицательным.

У больных I группы в 100% случаев тест был положительным. Во всех случаях клиническим проявлением реакции на аспирин в этой группе было удушье. Процент снижения ПОС выд. на фоне аспиринового теста составил $18,2 \pm 0,9\%$. Каждый второй больной имел сочетанные клинические проявления на прием аспирина. Больные аспириновой тетрадой имели высокую степень чувствительности к аспирину ($KЧ=2,2 \pm 0,9$; средняя доза принятого аспирина – $0,110 \pm 0,021$ г.) (табл.2).

Во II группе положительные результаты аспиринового теста обнаружены в 94,3% случаев, хотя в анамнезе этих больных не было указаний на непереносимость аспирина. У 21 (60%) больного на прием аспирина развился бронхоспазм, процент снижения ПОС выд. у этих больных составил $16,4 \pm 1,3\%$ ($KЧк=1,3 \pm 0,5$; средняя доза принятого аспирина – $0,765 \pm 0,078$ г.). Минимальная доза вызывающая бронхоспазм у больных неразвернутыми вариантами течения аспириновой тетрады была в 12,5 раз больше, чем у больных полной ее формой. Бронходилатация на прием аспирина установлена в 34,3% случаев, хотя больные, как правило, субъективно не отмечали улучшения дыхания от приема аспирина, процент же увеличения ПОС выд. у этих больных составил $17,1 \pm 1,6\%$ ($KЧд=1,4 \pm 0,6$; средняя доза принятого аспирина – $0,772 \pm 0,080$ г.). То есть у больных II группы установлена низкая чувствительность к аспирину. По данным Т.В. Захаржевской [1] бронходилатация на прием аспирина считается положительной реакцией и характерна для стадии предастмы аспириновой тетрады, что было нами подтверждено при проведении антиаспиринового теста среди лиц с неразвернутым вариантом аспириновой тетрады.

Реакция на аспирин у 2/3 больных II группы возникала в течении 1-1,5 часа, а у 1/3 – спустя 6-20 часов, в то время как у больных I группы через 10-30 минут.

Таблица 2.

Результаты аспиринового теста по данным пикфлоуметрии у больных аспириновой тетрадой и ее неразвернутыми вариантами течения (л/мин).

Пиковая скорость выдоха (ПОС выд.)	Показатели ПОС выд.		
	I группа, n=34	II группа, n=21	p
	M+m	M+m,	
должная	474,68±11,2	469,56±10,4	p(1)<0,05
исходная	351,25±8,3	444,78±10,3	p(2)<0,05
на фоне аспирина	278,35±6,8	371,84±9,2	p(3)>0,05
% снижения	18,2±0,9	16,4±1,3	

Примечание: p(1) – достоверность различий между ПОС выд. должной и ПОС выд. на фоне аспиринового теста I группы; p(2) – достоверность различий между ПОС выд. должной и ПОС выд. на фоне аспиринового теста II группы; p(3) – достоверность различий между ПОС выд. на фоне аспиринового теста I группы и ПОС выд. на фоне аспиринового теста II группы.

Таблица 3.

Результаты аспиринового теста среди больных неразвернутыми вариантами течения аспириновой тетрады

Патологические состояния	Количество исследуемых					
	II группа, n=35					
	Положительный		Отрицательный		Бронходилатация	
	n	%	n	%	n	%
Круглогодичная ринопатия	2	5,7	—	—	8	22,9
Ринопатия + гепатобил-ный с-м	2	5,7	—	—	1	2,9
Ринопатия + АБА	4	11,4	—	—	—	—
Хрон. крапивница + ИЗБА	3	8,6	—	—	—	—
Хрон. крапивница + гепатобильный с-м	10	28,6	2	5,7	3	8,6
Итого:	21	60,0	2	5,7	12	34,3

Клинические проявления после приема аспирина у больных II группы были более разнородные, чем в I (табл.3). Ведущим (40,0%) клиническим проявлением патологической реакции на прием аспирина было чувство “запирания” в грудной клетке, сопровождающееся небольшим сухим кашлем, в легких выслушивались единичные сухие хрипы. Доза аспирина вызывающая подобную патологическую реакцию колебалась от 750 до 1000 мг.

Другими клиническими признаками непереносимости аспирина среди больных II группы были: заложенность носа или волдырные высыпания неправильной формы на коже груди, живота, предплечий в 8,6% случаев, ринорея со слезотечением в 2,9%. Сочетания приступа удушья с крапивницей или ринореи с крапивницей выявлены у 2 (5,7%) больных.

Исследование функционального состояния печени проведено в рамках следующих биохимических синдромов: цитолитического, холестатического, мезенхимально-воспалительного и гепатодепрессивного. Обнаружены признаки только двух синдромов: холестатического и гепатодепрессивного.

Как у больных аспириновой тетрадой, так и ее неразвернутыми вариантами течения выявлены признаки холестатического синдрома. Это достоверно высокие показатели активности гаммаглутамилтранспептидазы в сыворотке крови, повышенный уровень холестерина и билирубина. Достоверных различий между этими показателями в группах больных аспириновой тетрадой и ее неразвернутыми вариантами течения не выявлено.

Кроме того, у больных аспириновой тетрадой, так же как и у больных ее неразвернутыми вариантами течения обнаружены признаки снижения синтетической функции печени (гепатодепрессивный синдром). Хотя уровень альбуминов, фибриногена и протромбиновый индекс не отличались от значений, полученных у здоровых лиц, активность же холинэстеразы, самого информативного показателя синтетической функции печени, была существенно снижена как в I, так и во II группах. Соотношение альбумины/глобулины, хотя и не отличалось от группы здоровых лиц, но было достоверно ($p < 0,05$) ниже среди больных ас-

пириновой тетрадой и ее неразвернутыми вариантами течения по сравнению с группами АБА и ИЗБА.

Для оценки состояния микросомального окисления в печени всем больным проводился антипириновый тест. Оценивались два показателя: Т 1/2 антипирина – время полувыведения антипирина из организма (в часах) и С1 – клиренс антипирина (в мл/мин).

У всех больных неразвернутыми вариантами течения аспириновой тетрады Т 1/2 антипирина, как и у больных аспириновой тетрадой был значительно увеличен, по сравнению с показателем здоровых лиц ($p < 0,05$). Также имелись существенные различия показателя Т 1/2 антипирина у больных I, II групп с группами АБА и ИЗБА ($p < 0,05$). Клиренс антипирина был существенно снижен по отношению к таковому показателю здоровых лиц как в I, так и во II группах ($p < 0,05$). Достоверных различий между показателями больных аспириновой тетрадой и ее неразвернутыми вариантами течения не установлено ($p > 0,1$).

Для оценки функционального состояния печени и желчного пузыря выполнена динамическая гамма-сцинтиграфия печени с Тс-99m-NIDA.

Анализируя данные динамической гамма-сцинтиграфии, можно отметить, что у больных II группы имеются точно такие же качественные и количественные изменения со стороны гепатобилиарной системы, что и у больных I. Изменения проявляются значительным увеличением времени максимального накопления РФП в печени, периода полувыведения РФП из печени, времени поступления РФП в желчный пузырь, что свидетельствует о нарушении поглотительно-выделительной функции печени и желчного пузыря.

При сравнении показателей динамической гамма-сцинтиграфии печени у больных различными формами бронхиальной астмы выявлено, что изменения времени максимального накопления РФП в печени, периода полувыведения РФП из печени характерны не только для больных аспириновой тетрадой и ее неразвернутыми вариантами течения, но и для больных АБА и ИЗБА. Однако следует заметить, что существенное увеличение этих показателей выявлено среди больных аспириновой тетрадой и ее неразвернутыми вари-

антами течения, несколько меньшее – среди больных ИЗБА и минимальное – среди больных АБА. Тогда как время поступления РФП в желчный пузырь при АБА и ИЗБА не отличалось от показателя здоровых лиц, в отличие от больных аспириновой тетрадой и ее неразвернутыми вариантами течения, у которых он был так же увеличен.

Таким образом, у больных аспириновой тетрадой и ее неразвернутыми вариантами течения имелись сходные жалобы, анамнез и клиника, а так же результаты исследования функционального состояния печени, аспиринового и антипиринового тестов.

Различия выражались лишь тем, что при аспириновой тетраде еще на уровне сбора объективных и субъективных данных выявлялись все четыре клинических синдрома: астма, круглогодичная риносинусопатия, непереносимость аспирина и гепатобилиарный синдром. В то время как при неразвернутых вариантах ее течения на субъективном и объективном этапах обследования выявлялись, как правило, следующие синдромы: хроническая ринопатия, гепатобилиарный, иногда в сочетании с крапивницей, хроническим бронхитом, астмой без указания больными на непереносимость ингибиторов монооксигеназы (аспирин, НПВС и др.). Только 1/3 больных указывала на непереносимость растительных пищевых салицилатов (клубники, малины, цитрусовых). И только при проведении аспиринового теста выявлялся четвертый синдром – непереносимость аспирина.

Следует отметить, что у больных аспириновой тетрадой в 100% случаев, при проведении аспириновом теста, по данным пикфлоуметрии выявлен бронхоспазм, клинически проявляющийся удушьем. У больных же неразвернутыми вариантами аспириновой тетрады в 34,3% случаев установлена бронходилатация, в 60,0% – существенный бронхоспазм и ринорея, а в 5,7% – тест был отрицательный. Различия отмечены и в пороговых дозах аспирина. Так у больных аспириновой тетрадой она была значительно (в 12,5 раз) ниже (60-175 мг), чем среди больных ее неразвернутыми вариантами течения (750-1500 мг).

Изучение микросомального окисления печени – антипириновым тестом, показало, что у больных аспириновой тетрадой и ее неразверну-

тыми вариантами течения в 100% случаев имелось снижение активности фермента цитохрома P450, в том числе и у больных с бронходилатацией и отрицательным аспириновым тестом.

Следовательно, больные аспириновой тетрадой и ее неразвернутыми вариантами течения имеют идентичные патогенетические механизмы и соответственно во многом сходные клинические проявления. Из этого следует, что круглогодичная ринопатия без указаний при опросе на непереносимость аспирина и НПВС, сочетание ринопатии с гепатобилиарным синдромом, бронхиальной астмой или хроническим бронхитом, а так же сочетания хронической псевдоаллергической крапивницы с АБА и ИЗБА и гепатобилиарным синдромом могут быть неразвернутыми ранними признаками аспириновой тетрады.

Данная группа больных нуждается в углубленном обследовании с изучением клинико-биохимических печеночных синдромов, проведения аспиринового теста в дозе выше чем 500 мг (до 1500 мг), с последующим проведением антипиринового теста для окончательной верификации диагноза. Группа препаратов обладающих свойством ингибирования микросомального окисления печени (цитохром P450) являются маркерами генетически детерминированного по аутосомно-доминантному типу [2] моногенного, мультифакториального аспиринового гепатоза, одним из вариантов клинического течения которого является аспириновая тетрада и ее неразвернутые варианты течения.

Разработанные диагностические критерии (стандарты) ранней стадии аспириновой тетрады, принципы питания и медикаментозного лечения этих больных позволяют эффективно контролировать эту форму неиммунной астмы. Необходимо исключать прием ингибиторов микросомального окисления печени. В рационе больных должны превалировать блюда с высоким содержанием пищевых волокон, тогда как потребление белковой пищи должно быть ограниченным, поскольку она усугубляет метаболический гомеостаз организма. Такая практика позволяет управлять патологическим процессом и повысить качество жизни больных.

THE CLINICAL PICTURE OF ASPIRIN TETRAD AND ITS UNDEVELOPED VARIANTS OF COURSE

T.P. Sisikh, M.A. Nikonova

(Irkutsk State Medical University)

At present work are presented the clinical and laboratory signs of aspirin tetrad and its early undeveloped variants of course, including the data of aspirin and antipyrine tests and detailed study of hepatic function.

Литература

1. Захаржевская Т.В. Дифференцированная терапия различных вариантов течения аспириновой астмы: Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 1990. – С.27.
2. Никонова М.А., Сизых Т.П. Клинико-генеалогический анализ родословных больных аспириновой тетрадой // Сиб. мед. журн. – 2001. – №1. – С.20-23.

3. Сизых Т.П., Ефимова Н.Ю. Аспириновая бронхиальная астма – новый вид гепатоза // Материалы Межреспубликанского симпозиума “Печень, стресс, экология”. Иркутск, 1994. – С.92-99.
4. Сизых Т.П., Никонова М.А. Частота встречаемости аспириновой астмы среди населения Иркутской области // International Journal on Immunorehabilitation. – 1997. – №7. – С.160.
5. Сизых Т.П., Никонова М.А. Распространенность эндогенной формы астмы в зависимости от характера и уровня антропогенного загрязнения окружающей среды // Материалы международной конференции “Экология. Образование. Здоровье.”. – Иркутск, 2000. – С.164-168.
6. Сизых Т.П., Никонова М.А. Распространенность аспириновой тетрады и ее неразвернутых вариантов течения в структуре аллергических заболеваний и псевдоаллергических состояний // Сиб. мед. журн. – 2000. – №4. – С.26-31.
7. Федосеев Г.Б., Петрищев Н.Н., Евсюкова Е.В. Аспириновая астма (клиника, патогенез, лечение) // Тер. архив. – 1997. – №3. – С.64-68.
8. International consensus report on diagnosis and management of asthma. Publication 92-3091. Bethesda, Maryland 20892, USA. National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health. 1992. – P.2.
9. Samter M., Zeitz H.J. The aspirin triad and prostaglandins // Immunological diseases. Ed. by Samter M. – 1978. – Vol.2. – P.532-540.
10. Sturtevant J. NSAID-induced bronchospasm – a common and serious problem. A report from MEDSAFE, the New Zealand medicines and medical devices safety authority // N. Z. J. – 1999. – Sep. – Vol.95. – №421. – P.84.

© ГРИНШТЕЙН Ю.И., ШАБАЛИН В.В. –
УДК 616.61-008.331.1

РАННИЕ МАРКЕРЫ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОЧЕК И ИХ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Ю.И. Гринштейн, В.В. Шабалин.

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор – акад. АН ВШ, д.м.н., проф.
В.И. Прохоренков, кафедра терапии ФУВ, зав. – проф. Ю.И. Гринштейн)

Резюме. В работе на основании собственных исследований обосновывается использование в качестве ранних маркеров поражения почек при эссенциальной гипертензии таких показателей: функциональный почечный резерв и β_2 -микроглобулинурия. При выявлении подобных нарушений антигипертензивными препаратами выбора являются медикаменты обладающие нефропротекторными свойствами (ингибиторы АПФ и АТ₁-блокаторы).

Почки играют ключевую роль в патогенезе артериальной гипертензии, являясь, с одной стороны, одним из важнейших органов-мишеней, а с другой, они изначально принимают участие в формировании гуморальных механизмов повышенного артериального давления (АД). По статистическим данным США 25,8% от всех случаев терминальной почечной недостаточности, требующей подключения заместительной терапии, приходится на долю гипертензии среди ее причинных факторов [7]. Близкие к этим показателям данные регистра в Латинской Америке (21%), в Бразилии (22%), во Франции (21%), Италии (27%). Среднестатистические по этому показателю данные в Европе составляют 12% [8].

Поэтому исключительно важной представляется своевременная диагностика ранних функциональных нарушений почек при эссенциальной гипертензии (ЭГ), с тем чтобы адекватным образом воздействовать на выявленные патологические сдвиги и воспрепятствовать развитию и прогрессированию гипертензивного нефросклероза и почечной недостаточности. Традиционно к ранним маркерам поражения почек при ЭГ относят микроальбуминурию (под которой понимают уровень ее экскреции, составляющий 30-300 мг/сут или

20-200 мкг/мин), впервые обнаруженную у больных ЭГ Н. Parving и соавт. в начале 70-х годов [12]. В последующие годы было установлено, что микроальбуминурия (МАУ) у больных с нелеченой АГ выявляется в широких пределах – от 7% [12] до 32 % [10]. Теснее коррелирует МАУ с систолическим (Р. Palatini и соавт., 1996) и ночными показателями АД, т.е. чаще встречается у нондипперов [3,4]. Кроме того, является независимым предиктором сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности [10,13].

В задачу нашего исследования входили поиск и оценка иных ранних маркеров поражения почек при ЭГ, а также изучение влияния на них терапии различными представителями двух групп гипотензивных препаратов – ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и блокаторов рецепторов ангиотензина II.

Материалы и методы

На предварительном этапе своего исследования мы оценивали функциональное состояние почек у 106 больных эссенциальной гипертензией (ЭГ) различной степени тяжести жен. – 58 и муж. – 48, в возрасте от 18 до 65 лет, средний возраст $41,1 \pm 12,9$. Из них имели 1 степень ЭГ 40 больных (ВОЗ/МОАГ, 1999), 2 – 42 и 3 – 24.