

повысилась толерантность к неблагоприятным факторам окружающей среды на 35,4 % ($p < 0,01$), уровень ОКЖ увеличился на 21,6 % ($p < 0,01$). В контрольной группе, по данным MOS SF 36, в процессе лечения нами отмечено достоверное улучшение ФА на 16,9 % ($p < 0,05$), уменьшились болевые ощущения на 23,5 % ($p < 0,05$), а также повысилась СА на 25,9 % ($p < 0,01$). Со стороны же остальных параметров общего КЖ улучшение было менее значительным ($p > 0,05$). По результатам анализа данных специфического КЖ у больных контрольной группы в процессе лечения нами отмечено достоверное уменьшение степени выраженности основных симптомов заболевания на 21,3 % ($p < 0,05$), по остальным же параметрам достоверного улучшения показателей нами не было отмечено ($p > 0,05$).

Для оценки реабилитационного потенциала различных методов активной кинезотерапии в наблюдаемых нами группах был проведен сравнительный анализ уровня общего и специфического КЖ через 6 недель после окончания лечения. По данным, полученным на основе опроса, у пациентов I группы через 6 недель отмечено достоверное снижение показателей по параметрам РЭ с $79,55 \pm 4,09$ до $61,57 \pm 7,30$ ($p < 0,05$) и симптомов — с $5,19 \pm 0,13$ до $4,63 \pm 0,19$ ($p < 0,05$). Достоверно значимых изменений со стороны остальных параметров КЖ нами не было отмечено ($p > 0,05$). У пациентов II группы при сопоставлении полученных данных после лечения и через 6 недель показатели общего и специфического КЖ сохранялись на уровне, достигнутом в процессе активной кинезотерапии ($p > 0,05$). В результате динамического наблюдения у больных III группы анализ показателей всех параметров КЖ не показал статистически значимых изменений в течение 6 недель наблюдения ($p > 0,05$). У больных контрольной группы динамическое наблюдение за уровнем общего КЖ с помощью методики MOS SF 36 показало через 6 недель снижение ФА с $66,62 \pm 3,02$ до $52,50 \pm 4,58$ и РЭ — с $68,75 \pm 6,33$ до $46,42 \pm 4,71$ ($p < 0,05$). По остальным параметрам статистически значимых изменений нами не было отмечено ($p > 0,05$). Сравнительный анализ уровня специфического КЖ у пациентов данной группы через 6 недель наблюдения показал нарастающее влияние симптомов заболевания ($4,22 \pm 0,20$ и $3,28 \pm 0,34$) на уровень КЖ ($p < 0,05$).

Таким образом, применение активных методов физической реабилитации в сочетании со стандартной медикаментозной терапией способствует повышению всех аспектов общего и специфического КЖ пациентов с бронхиальной астмой на раннем этапе восстановительного лечения. Полученные данные свидетельствуют о том, что реабилитационный потенциал программ активной кинезотерапии с использованием дозированных тренировок на эрготренажерах и 6MWD тренинга выше, чем у комплексов традиционной лечебной гимнастики на стационарном этапе лечения.

В.В. Кашталап, О.Л. Барбараш, Л.С. Барбараш

КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ «ПЛЕЙОТРОПНЫХ» ЭФФЕКТОВ ТКАНЕВОГО АКТИВАТОРА ПЛАЗМИНОГЕНА АЛЬТЕПЛАЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

*ГУ Научно-производственная проблемная лаборатория реконструктивной хирургии сердца и сосудов с
клиникой СО РАМН (Новосибирск)
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава» (Кемерово)*

По результатам многочисленных международных исследований известна более высокая реперфузионная эффективность современных фибринолитических препаратов (тканевого активатора плазминогена альтеплазы) при лечении ОКС с элевацией ST при сравнении с традиционным тромболитиком стрептокиназой, что определяет более благоприятный ближайший и отдаленный прогноз у пациентов с ИМ. Однако в настоящее время все большее значение придается метаболическим показателям неспецифических адаптивных реакций (маркеры дисфункции эндотелия, оксидативного стресса, системного воспаления и эндотелиоза) в определении клинического течения и отдаленного исхода заболевания. Ранее в наших исследованиях была показана высокая клинико-прогностическая значимость ряда маркеров функции эндотелия у больных ИМ и возможность их медикаментозной коррекции. Однако до сих пор не известно, имеются ли различия влияния разных тромболитиков на вышеперечисленные метаболические предикторы прогноза ИМ. Целью настоящего исследования явилось определение «плейотропных» эффектов альтеплазы и стрептокиназы на метаболические предикторы неблагоприятного клинического течения и прогноза ИМ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 70 больных с ОКС с элевацией сегмента ST. Больные разделены на группы в зависимости от вида применяемого тромболитика (альтеплаза, стрептокиназа). Оценивали особенности клинического течения ИМ в обеих группах пациентов, годичный прогноз заболевания, показатели неспецифических адаптивных реакций (стабильные метаболиты оксида азота, показатели оксидативного стресса и анти-

оксидантной защиты, С-реактивный белок (СРБ), фактор Виллебранда (ФВ)) у больных в течение острого периода ИМ (1-е и 15-е сутки).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ВЫВОДЫ

Наблюдение за клиническим течением заболевания у 65 пациентов (5 больных вошли в группу госпитальной летальности) проводилось в течение 1 года, по истечении которого определялось достижение жестких конечных точек: смерть (кардиальная, некардиальная), повторная госпитализация, обусловленная рецидивом ИМ, повторным ИМ, желудочковыми нарушениями ритма высоких градаций, клиникой нестабильной стенокардии, острое нарушение мозгового кровообращения, стенокардия высоких функциональных классов, хроническая сердечная недостаточность высоких функциональных классов. Исход оценивался как благоприятный при отсутствии достижения больным через 1 год одной из конечных точек. Выявлено достоверное улучшение клинического течения и прогноза пациентов с ИМ в «группе альтеплазы», по сравнению с больными «группы стрептокиназы» ($\chi^2 = 9,33$ при $p = 0,0023$). Объяснением этому лишь частично служила большая эффективность медикаментозной реперфузии в «группе альтеплазы» ($\chi^2 = 8,2$ при $p = 0,004$). По результатам настоящего исследования было выявлено дополнительное — «плейотропное» — действие альтеплазы в отношении метаболических предикторов раннего и отдаленного течения ИМ: пациенты с применением альтеплазы характеризовались большей концентрацией стабильных метаболитов NO, более благоприятным прооксидантным статусом и большей активностью антиоксидантной защиты, меньшей активностью системного воспаления и эндотелиоза (СРБ и ФВ) на 15-е сутки первичной госпитализации, по сравнению с группой пациентов с использованием в качестве тромболитического агента стрептокиназы. Таким образом, по результатам настоящего исследования выявлено аддитивное действие альтеплазы в отношении метаболических предикторов течения ИМ с элевацией ST, которое может влиять на ранний и отдаленный исход заболевания.

М.А. Когай, Б.Б. Пинхасов, В.Г. Селятицкая

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

ГУ НЦ клинической и экспериментальной медицины СО РАМН (Новосибирск)

Метаболическим синдромом (МС) называют сложный симптомокомплекс, представляющий собой сочетание абдоминального ожирения (АО), нарушенной толерантности к глюкозе и сахарного диабета 2 типа, дислипидемии (ДЛ), артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС) и т.д. Центральным звеном патогенеза МС выступает инсулинорезистентность (ИР).

Результаты масштабных исследований в США и Европе показали, что частота развития МС достоверно связана с возрастом, полом и избыточным накоплением жира. В США, где в исследовании приняли участие 12 363 человек, МС был выявлен у 22,8 % мужчин и 22,6 % женщин в возрасте старше 20 лет. Большая по сравнению с мужчинами частота МС у женщин в старших возрастных группах обусловлена наступлением менопаузы («менопаузальный» МС). Это объясняется особенностью распределения жира в организме мужчин и женщин и связано с уровнем половых гормонов, которые влияют на тип жировоголожения. По этой причине изучение патогенеза МС, особенностей его клинического течения у лиц разного пола и возраста, методов ранней диагностики в клинко-амбулаторных условиях и возможных путей коррекции его проявлений является актуальной задачей практической медицины.

Целью исследования было проведение сравнительного анализа встречаемости и сочетания компонентов МС у лиц разного пола с избыточной массой тела и ожирением.

Было обследовано 68 мужчин (1 группа) и 154 женщины (2 группа) с избыточной массой тела и ожирением, которые поступили в терапевтическую клинику ГУ НЦКЭМ СО РАМН (Новосибирск) для снижения массы тела. В зависимости от значений индекса массы тела (ИМТ) пациенты обоего пола были разделены на 3 подгруппы: подгруппу 1 составили пациенты с избыточной массой тела ($ИМТ = 25 - 29,9 \text{ кг}\cdot\text{м}^{-2}$), группу 2 — с ожирением I степени ($ИМТ = 30 - 34,9 \text{ кг}\cdot\text{м}^{-2}$), группу 3 — с ожирением II и III степени ($ИМТ > 35 \text{ кг}\cdot\text{м}^{-2}$).

Всем пациентам проводили антропометрическое обследование, включавшее измерение массы тела (кг), роста (м), обхватов талии и бедер (см), толщины кожно-жировых складок (см). Все линейные размеры и обхваты определяли с точностью до 0,5 см, толщину складок — до 1 мм, массу тела — до 0,1 кг, для чего использовали модифицированный ростомер и стандартные антропометрические инструменты: калипер, откалиброванный на усилие $1 - 1,5 \text{ г}\cdot\text{мм}^{-2}$, сантиметровую ленту и медицинские весы. Процентное содержание жира в организме (жир, %) измеряли методом импедансометрии с помощью прибора фирмы «OMRON» со встроенной программой расчета указанного показателя.