

МАТЕРИАЛЫ ИТОГОВОЙ КОНФЕРЕНЦИИ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ МГМСУ им. А.И. ЕВДОКИМОВА, 2013 г.

Авторы:

Ю.В. МАЛИНИЧЕВА, Е.И. САМОРУКОВА, Е.Д. ЛАРЮШКИНА, Ж.М. ОРАЛБЕКОВА

Ю.В. МАЛИНИЧЕВА, Е.И. САМОРУКОВА, кафедра терапии и семейной медицины

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Цель. Изучить особенности углеводного, пуринового обмена, липидный спектр, оценить состояние сосудистой стенки, уровень системного воспаления у больных хронической обструктивной болезнью легких II–IV стадии.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 60 пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) II–IV стадии по GOLD 2011 на фоне базисной терапии ХОБЛ в период ремиссии в возрасте 52–70 лет. Исследовались критерии углеводного, пуринового обмена. Всем пациентам было проведено определение толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ), липидного спектра: холестерин, триглицериды, холестерин липопротеинов низкой и высокой плотности (ХС ЛПНП и ХС ЛПВП), высокочувствительный С-реактивный белок (СРБ). Изучались антропометрические данные, проводилась оценка композиционного состава тела по стандартным зонам по данным двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДЭРА).

Результаты исследования. У больных ХОБЛ особое значение приобретает развитие абдоминального ожирения, нарушение углеводного, пуринового и липидного обмена, формируется симптомокомплекс, получивший название «метаболический синдром» (МС). В результате исследования была выявлена высокая распространенность метаболических нарушений у больных ХОБЛ. Абдоминальное ожирение выявлено у 60,5% больных ХОБЛ (на основании измерения объема талии (ОТ) и проведения оценки композиционного состава тела по стандартным зонам по данным ДЭРА). Проводилась оценка индекса массы тела, на основании которой установлено, что недостаток массы тела наблюдался у 6,5% больных ХОБЛ, а избыток веса – у 51,2%. При оценке данных антропометрических измерений отмечена корреляция между ОТ и окружностью шеи (ОШ). В проводимых ранее исследованиях было показано, что ОТ и ОШ могут оказывать синергическое влияние на метаболические изменения, в т. ч. и на уровень гликемии. Проводилась оценка углеводного обмена, где было выявлено повышение уровня глюкозы крови у 21,7% больных, с формированием инсулинорезистентности у 10,9% больных

ХОБЛ. Гиперурикемия встречалась у 24% больных. Наличие дислипидемии было выявлено у 74,4% больных, гиперхолестеринемии – у 62,8%, гипертриглицеридемии – у 33,6%, повышение уровня ХС ЛПНП – у 58%. При оценке ТКИМ выявлено утолщение у 97% пациентов с ХОБЛ. У 35% больных выявлены атеросклеротические бляшки в сонных артериях, однако повышение уровня ХС ЛПНП наблюдалось только у 58% пациентов. У 42% больных было выявлено утолщение ТИМ и стенозы в сонных артериях на фоне нормального уровня ХС ЛПНП. У всех больных отмечался повышенный уровень чувствительного СРБ, однако был отмечен большой диапазон значений от 0,89 мг/л до 9,52 нг/мл (норма 0–0,05 мг/л). В группе больных ХОБЛ с высоким уровнем СРБ $7,2 \pm 2,4$ мг/л ($p < 0,0001$) были выше значения утолщения ТКИМ, а в группе, где СРБ составил $1,86 \pm 0,6$ мг/л ($p < 0,0001$), утолщение ТИМ было достоверно ниже. Отмечалась корреляция между увеличением ТИМ и СРБ у больных ХОБЛ ($r = 0,77$, $p < 0,0001$). Корреляционная связь между ХС ЛПНП и ТИМ была менее значимой и составила $r = 0,5$, $p < 0,0001$).

Выводы. Таким образом, формирование МС у больных ХОБЛ было выявлено в 48,8% случаев. Известно, что наличие у больного ХОБЛ и МС повышает риск развития сердечно-сосудистой патологии. В механизмах атерогенеза у больных ХОБЛ ведущую роль играют процессы сосудистого повреждения, инициированного системным воспалением, что подтверждается полученными данными о высокой корреляционной связи между ТКИМ и СРБ.

Е.Д. ЛАРЮШКИНА, кафедра терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ

Распространенность анемии в мире составляет 24,8% (ВОЗ, 2006). Железодефицитная анемия (ЖДА) составляет 80% всех анемий. Распространенность ЖДА в России достоверно не известна, т. к. диспансерный и статистический учет ведется по основному заболеванию, а анемия является осложнением. Медико-социальный характер проблемы ЖДА подтверждается еще и тем, что дефицит железа является вторым по распространенности состоянием, связанным с недостатком микроэлемента после йодной недостаточности (UNICEF/WHO regional consultation, New York, United Nations Fund, 2009).

Симптомы ЖДА многообразны и неспецифичны. В связи с этим проявления анемии маскируются другими заболеваниями. Пациенты вынуждены обращаться к врачам разных специальностей: терапевту, кардиологу, хирургу, гинекологу. При этом тактика ведения пациентов с ЖДА у них может существенно отличаться. Это обуславливает необходимость создания единого стандартизованного алгоритма ведения и лечения пациентов с ЖДА на амбулаторном этапе.

Для оценки распространенности, тяжести, нозологической и коморбидной структуры ЖДА ретроспективно были проанализированы методом случайной выборки амбулаторные карты ($n = 3\,520$) 2 поликлиник Москвы. Из них 440 человек (12,5%) имели в анализе крови гипохромную анемию. Среди 440 пациентов женщин было 63,6%, мужчин – 36,4%. По степени тяжести на амбулаторном этапе преобладала легкая анемия. При этом трактовка анализа крови и диагноз анемии были указаны только в 18,5% амбулаторных карт. Таким образом, лишь у пятой части пациентов, имеющих анемию, предприняты попытки к обследованию для выяснения ее причины и лечению. При этом полный диагностический алгоритм не был выполнен ни в одном случае. 85% пациентов с анемией имели коморбидные заболевания, наиболее частыми из которых являются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). По данным литературы, анемия – фактор риска развития и прогрессирования ССЗ. Помимо признания анемии как независимого фактора риска смерти при остром коронарном синдроме (ОКС), N.C. Meneveau и соавт. (2011) предложено включить ее наравне с другими факторами в шкалу риска GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) для более точного прогноза риска развития инфаркта миокарда и летальности при ОКС без подъема сегмента ST.

В 61,8% у женщин и 63,3% у мужчин причину анемии при анализе амбулаторных карт определить невозможно. Кроме устранения причины анемии, необходимо проводить патогенетическую терапию препаратами железа. Из 121 пациента с установленным диагнозом ЖДА препараты железа получали только 16%. Динамика гемоглобина и последующее наблюдение осуществлялись лишь у половины.

Таким образом, широкое распространение ЖДА, ее медико-социальное значение, неадекватность диагностического поиска и лечения диктуют необходимость разработки единого алгоритма ведения пациентов с ЖДА на догоспитальном этапе.

Ж.М. ОРАЛБЕКОВА, кафедра терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ПРЕДИКТОРОВ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

По данным патологоанатомической службы взрослой сети лечебно-профилактических учреждений г. Москвы за 2010–2011 гг., внебольничная пневмония (ВП) была причиной смерти в 7,5 и 8,1% случаев соответственно. По данным В.А. Казанцева и соавт. (2002), А.Л. Верткина и соавт. (2012) и

R. Austrian (2008), частота летальности при ВП колеблется от 2–3 до 25%, а в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) достигает 40%.

Вместе с тем процент аутопсий у умерших вне стационара крайне низок, что затрудняет судить об истинном количестве больных с ВП, их диагностике, прогнозе и лечении на амбулаторном этапе. Поэтому только анализ клинико-анатомических материалов позволяет наиболее полно и объективно характеризовать особенности современной ВП, предикторы ее тяжести, значение сопутствующих заболеваний, роль социальных факторов и др.

Таким образом, целью исследования явилось определение клинико-морфологических особенностей и предикторов летального исхода у больных с ВП.

Впервые на большом количестве клинического и аутопсийного материала (почти 6 500 историй болезни, амбулаторных карт и протоколов вскрытий) констатировано, что ВП только в 6,4% является основным заболеванием. У подавляющего большинства больных она определяется у 82,5% лиц с низкими материальными доходами и является осложнением соматической патологии.

Показано, что среди пациентов с тяжелой ВП, приведшей к летальному исходу, преобладали мужчины трудоспособного возраста с двусторонней локализацией воспалительного процесса, имевшие в половине наблюдений плевропневмонию, а у каждого пятого выявили ее абсцедирование.

Обнаружено, что у умерших больных с вторичной ВП мужчин и женщин было поровну, возраст – от 60 лет и старше. По локализации это были двусторонние нижнедолевые поражения, имевшие очаговый или очагово-сливной характер.

ВП часто является осложнением кардиоваскулярных заболеваний как у мужчин, так и у женщин в возрасте старше 60 лет. При этом воспалительный процесс характеризуется двусторонней локализацией с очаговыми или очагово-сливными морфологическими признаками.

У мужчин старше 60 лет с ХОБЛ ВП характеризуется двусторонней локализацией с вовлечением в процесс преимущественно нижних долей и частым абсцедированием. При злокачественных новообразованиях ВП встречается у лиц в возрасте старше 60 лет и отличается двусторонней нижнедолевой локализацией. ВП у больных с хронической алкогольной интоксикацией чаще возникает у мужчин трудоспособного возраста на фоне портального цирроза печени и поливисцеропатии и характеризуется двусторонней локализацией. При этом часто пневмония локализуется в нижних долях и имеет отличительной особенностью очагово-сливное или абсцедирующее повреждение легочной ткани.

Вне зависимости от вида ВП на догоспитальном этапе несвоевременно начинают антимикробную терапию. Выбор препарата, как правило, носит эмпирический характер, в т. ч. как в отношении дозы, так и режима и пути введения.

Помимо этого, недооцениваются факторы риска летального исхода, отсутствует мониторинг за течением заболевания, недостаточно используются возможности современной диагностики.