

подавляющем большинстве случаев (82,3%) внутрижелезистые метастазы обнаруживались в разных отделах той же доли, где располагалась и первичная опухоль, но в 17,7% случаев они выявлены и в других частях органа — в противоположной доле (14,6%) или в перешейке железы (3,1%).

Кроме того, установлены также различия в частоте метастатического процесса в зависимости от наличия или отсутствия сочетанной неопухоловой патологии органа. У больных с сочетанием опухоли и неопухоловой патологии метастазы при T2-T4 стадиях первичной опухоли (соответственно 5,4%, 12,9%, 26,08%) регистрировались в два и более раз реже ($p < 0,05$), чем у больных с карциномой развившейся в «неизменной» железе (соответственно 12,2%, 34,6%, 44%). Метастазы при микрокарциномах среди больных первой группы (5,97%) выявлялись значительно реже ($p < 0,05$), чем во второй группе наблюдений (41,17%). Интратиреоидное метастазирование у больных первой группы (3,9%) также констатировалось реже ($p < 0,05$), чем у больных второй группы (8,16 %).

Наши данные в этом отношении согласуются с данными литературы. Так, А.Ф. Романчишен и соавт. [3], А.М. Пономарев [1] отмечают, что рак в зобноизмененной щитовидной железе редко метастазировал в регионарные лимфатические узлы и другие органы.

Метастатический процесс у больных с фолликулярной карциномой регистрировался редко — в 3,6% наблюдений и в подавляющем большинстве случаев был ограничен поражением регионарных лимфатических узлов. Лишь у одного (0,2%) больного были выявлены отдаленные гематогенные метастазы. Наши данные согласуются с данными литературы по этому вопросу. Так, K. Franssila [5] приводит данные о 2% случаев регионарного метастазирования при этой форме опухоли, а M. Brennan и соавт. [4] о 6% подобных наблюдений.

Метастазы в регионарные лимфатические узлы выявлены в 22,9% случаев медуллярной карциномы. Данная частота ниже приводимых в литературе показателей. Так, по данным W. Russel и соавт. [6], метастазы при этой форме опухоли выявляются в 33,3% соот-

ветствующих наблюдений, а А.Ф. Романчишена [2] — в 43,3% случаев.

Сравнение клинко-патоморфологических проявлений медуллярной карциномы у больных 2 групп наблюдений, также как у больных с папиллярной карциномой, выявило то, что метастатический процесс в T2-T4 стадии у больных второй группы (соответственно 10,5%, 61,5%, 66,6%) регистрировался чаще, чем у больных первой группы наблюдений (соответственно 0%, 11,1%, 25%).

Недифференцированная карцинома отличается агрессивным клиническим течением и высокой частотой развития метастазов — у 19 из 45 больных, то есть почти у половины больных. Кроме того, у 4 из них (8,8%) имелись отдаленные гематогенные метастазы.

Таким образом, наши данные свидетельствуют о том, что частота регионарного метастазирования новообразований щитовидной железы находится в прямой зависимости от особенностей гистологической структуры опухоли щитовидной железы: в 3,6% наблюдений фолликулярной карциномы, в 13,2% — папиллярной карциномы, в 22,9% — медуллярной карциномы, в 42% — недифференцированной карциномы.

Отдаленные, гематогенные метастазы регистрируются в 0,2% наблюдений папиллярной карциномы, 0,4% — фолликулярной и 8,8% наблюдений недифференцированной карциномы.

Наши общие данные о зависимости частоты метастазирования рака щитовидной железы от гистологической формы карциномы согласуются с данными литературы. При этом, частота этих показателей несколько ниже таковых при соответствующих формах опухоли.

Отличительной чертой метастатического процесса при папиллярной карциноме является наличие в 6% случаев интратиреоидного метастазирования, которое в 82,3% наблюдений ограничено долей расположения первичной опухоли. Кроме того, установлено, что папиллярная и медуллярная карциномы при сочетании с неопухоловой патологией железы метастазируют реже, чем таковые развившиеся у больных в неизменной щитовидной железе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пономарев А.М., Акинчев А.Л., Борисов С.В. и др. Рак в рецидивном зобе // Рак щитовидной железы: профилактика, заболеваемость и лечение. — СПб, 1994. — С. 76.
2. Романчишен А.Ф. Клинико-патогенетические варианты новообразований щитовидной железы. — СПб.: Наука, 1992. — 258 с.
3. Романчишен А.Ф., Привалов В.А., Яйцев С.В. и др. Клинико-иммунологические параллели при раке неизменной и зобнотрансформированной щитовидной железы в неэндемичной и эндемичной по зобу местности // Рак щитовидной железы: профилактика, заболеваемость и лечение. — СПб., 1994. — С.84-85.
4. Brennan M.D., Bergstralh E.J., van Heerden J.A., et al.

Follicular thyroid cancer treated at the Mayo Clinic, 1946 through 1970: initial manifestations, pathologic findings, therapy, and outcome // Mayo. Clin. Proc. — 1991. — Vol. 66, № 1. — P. 11-22.

5. Franssila K.O. Is the differentiation between papillary and follicular thyroid cancer valid? // Cancer. — 1973. — Vol. 32, № 4. — P. 853-864.

6. Russell W.O., Ibanez M.L., Clark R.L. Thyroid carcinoma. Classification, intraglandular dissemination and clinicopathological study based upon whole organ sections // Cancer. — 1963. — Vol. 16, № 11. — P. 1425-1460.

7. Tan K.K. Multicentricity and management of well-differentiated carcinoma of the thyroid // Singapore M.J. — 1969. — Vol. 10, № 2. — P. 117-120.

Адрес для переписки: 454092 г. Челябинск, ул. Воровского, д. 19а, кв. 28.
Яйцев Сергей Васильевич — проректор по лечебной работе, постдипломному и дополнительному профессиональному образованию,
зав. кафедрой онкологии Челябинской государственной медицинской академии,
доктор медицинских наук, профессор.
Телефон: 8351 2617999; факс: 8351 2320281, e-mail: jaitsev@yandex.ru

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСОВ У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА

С.И. Чернова, В.Н. Плохов, Е.Е. Аверин
(НУЗ Отделенческая клиническая больница на станции Волгоград-1 ОАО «РЖД»,
директор — д.м.н. В.Н. Плохов)

Резюме. Изучены уровень провоспалительных цитокинов, распространенность, тяжесть и динамика депрессии у 69 больных с коронарным атеросклерозом. Для оценки тяжести коронарного атеросклероза использовали селективную коронароангиографию. Для оценки психологического статуса пациента использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии и карты пациента, где учитывалось его семейное положение. Выявлен повышенный уровень провоспалительных цитокинов у больных ИБС, максимальный при многососудистом поражении коронарного русла. При тяжелых клинических проявлениях коронарного атеросклероза отмечены наибольшая распространенность и выраженность депрессии. Уровень депрессии у больных, не состоящих в браке выше, чем у семейных. Поддержка семьи оказывает более значительное влияние на мужчин, чем на женщин.

Ключевые слова: коронарный атеросклероз, провоспалительные цитокины, депрессия семейный статус.

THE FEATURES OF IMMUNOLOGIC AND PSYCHOLOGICAL STATUSES IN THE PATIENTS WITH ATHEROSCLEROTIC LESION OF CORONARY BED

S.I. Chernova, V.N. Plokhov, E.E. Averin
(Railway Clinical Hospital, Station Volgograd-1, Volgograd)

Summary. Level of pro-inflammatory cytokines, prevalence, severity and dynamics of depression in 69 patients with coronary arteriosclerosis were studied. Selective coronarography was used for an estimation of coronary arteriosclerosis severity. To evaluate psychological status of the patients we applied in-patient scale of alarm and depression and case histories with marital status consideration. Increased level of proinflammatory cytokines in patients with coronary arteriosclerosis was maximal in cases with multivascular arteriosclerotic lesions. In patients with severe clinical manifestation of the ischemic heart disease frequency and severity of depression were the highest. Level of depression in single patients was higher compared to the married ones. Family support proved to have stronger influence on male patients compared to the females.

Key words: a coronary atherosclerosis, proinflammatory cytokines, depression, a marital status.

Среди больных с патологией сердечно-сосудистой системы доля пациентов, страдающих депрессией, значительно больше, чем при других формах соматической патологии и существенно превышает распространенность депрессии в общей популяции. Взаимосвязь депрессии и ИБС требует тщательного изучения ввиду ее хронического течения и негативного влияния на течение заболевания у этих больных. В последние годы получены клинические и экспериментальные данные, свидетельствующие о роли иммунных нарушений, в первую очередь гиперсекреции провоспалительных цитокинов в манифестации и течении депрессии. Хронический стресс вызывает гиперактивацию симпатно-адреноловой системы с последующим развитием дислипидемии, хронического вялотекущего воспаления в сосудистой стенке и гиперэкспрессии провоспалительных цитокинов [5]. Дисбаланс провоспалительных цитокинов играет решающую роль в патогенезе атеросклеротического поражения сосудистого русла от развития бляшки до ее эволюции в острый коронарный синдром [6]. Вызываемые цитокинами многоступенчатые изменения коагуляции и фибринолиза, синтеза вазоконстрикторов и вазодилаторов, опосредуют основные патогенетические механизмы ишемии миокарда [7]. Американскими исследователями доказано, что увеличение смертности после инфаркта миокарда связано даже с минимальными симптомами депрессии [2]. Существуют данные о том, что пациенты с депрессией имеют сниженный парасимпатический тонус, что увеличивает риск желудочковой тахикардии и внезапной кардиальной смерти (ВКС) [4]. Еще один механизм увеличения смертности у пациентов с депрессией — повышенное тромбообразование. В исследовании Laghrissi-Thode (1997) показано, что у пациентов с депрессией определяется высокий уровень фактора активации тромбоцитов (ФАТ) [3]. Этот медиатор активируется цитокинами и одновременно стимулирует их синтез [6,7]. Таким образом, можно заключить, что в основе развития ИБС и депрессии лежат аналогичные патофизиологические процессы, что позволяет предположить возможную взаимосвязь между этими состояниями и взаимное их потенцирование. В связи с чем представлялось целесообразным изучить содержание провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β , ИЛ-6 и ФНО- α у больных с ИБС, изменение цитокинового профиля у больных с ИБС в зависимости от выраженности атеросклеротического поражения коронарного русла, а также оценить распространенность, тяжесть и динамику депрессии у этих больных.

Материалы и методы

Содержание провоспалительных цитокинов изучалось у 69 больных ИБС, среди которых было 40 (58%) мужчин

и 29 (42%) женщин. Средний возраст составил 59,4 \pm 2,2 года. У 12 больных имело место 1ФК, у 26 — 2ФК и у 31 — 3ФК стенокардии напряжения, ФКср — 2,4 \pm 0,31. Средние уровни САД и ДАД составили 141,3 \pm 5,21 и 92,3 \pm 2,76 мм рт ст. Исследование уровней цитокинов проводилось методом твердофазного иммуноферментного анализа. Клинические проявления стенокардии оценивались общепринятыми инструментальными методами исследования кардиологических больных, включая суточное мониторирование ЭКГ, эхокардиографию, нагрузочные пробы и селективную коронарографию. Многопроекционная селективная коронароангиография была проведена 36 пациентам. При этом 9 (25%) больных было с неизмененными или гемодинамически незначимо стенозированными коронарными артериями, 16 (44,4%) пациентов имели стеноз одной из магистральных коронарных артерий или ветви 1-го порядка. У 10 (27,7%) человек выявлены стенозы 2-3-х магистральных коронарных артерий. Психологический статус пациента фиксировали на специально разработанных картах пациента, где учитывались его семейное положение. Так же использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии (the Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) [1, 8]. Динамику цитокинового профиля и психологического статуса проводили через 12 недель от момента включения в исследование. Все пациенты с ИБС получали комбинированную антиангинальную терапию Специального медикаментозного лечения депрессии на этом этапе исследования не проводилось.

Перед изучением уровня цитокинов у больных с ИБС было определено их содержание у лиц без признаков сердечно-сосудистых заболеваний. Средний уровень ИЛ-1 β у здоровых лиц оказался равным 3,2 \pm 0,12 пг/мл, ИЛ-6 — 4,25 \pm 0,21, а ФНО- α — 7,19 \pm 0,26 пг/мл.

Статистическая обработка выполнялась в программе Statistica v.6 (Stat Soft, USA, 1999). Критический уровень значимости при проверке гипотез $p=0,05$.

Результаты и обсуждение

В целом по группе больных ИБС повышенные уровни ИЛ-1 β выявлены у 52 (77,6%) пациентов, средние значения его составили 19,46 \pm 2,17 пг/мл. Повышенные уровни ИЛ-6 определены у 53 (79,1%) больных ИБС, средние значения его составили 24,34 \pm 1,89 пг/мл. Повышенные уровни ФНО- α определены у 54 (80,5%) больных ИБС, средние значения его составили 27,82 \pm 2,37 пг/мл. Таким образом, содержание провоспалительных цитокинов у больных ИБС было достоверно выше показателей здоровых лиц ($p<0,001$).

Изучено содержание цитокинов у больных с различными функциональными классами стенокардии

напряжения. У 5 (41,6%) больных с 1ФК выявлено повышенное содержание ИЛ-1 β , у 6 (50,0%) — ИЛ-6, у 4 (33,9%) — ФНО- α при средних значениях 13,23 \pm 1,48, 17,81 \pm 2,43 и 22,96 \pm 1,53 пг/мл соответственно. У больных со 2ФК увеличение уровней ИЛ-1 β и ИЛ-6 выявлено у 14 (70,0%), ФНО- α — у 15 (75,0%) пациентов при средних значениях 15,78 \pm 1,59, 18,46 \pm 2,35 и 23,57 \pm 2,36 пг/мл. При 3ФК повышенные уровни ИЛ-1 β и ИЛ-6 определены у 22 (88,0%), ФНО- α — у 23 (92,0%) пациентов, при средних значениях 29,54 \pm 1,65, 34,45 \pm 2,29 и 45,28 \pm 2,49 пг/мл. Таким образом, даже у больных с 1ФК стенокардии напряжения абсолютные значения ИЛ-6 и ФНО- α достоверно выше, чем у лиц без поражения коронарного русла ($p < 0,001$). У пациентов с 3ФК достоверно чаще определялись повышенные уровни всех цитокинов ($p < 0,001$) и их средние значения почти в 2 раза превосходили показатели больных с I и II ФК стенокардией напряжения ($p < 0,001$).

Представлялось важным выяснить наличие зависимости между цитокиновым профилем и характером поражения коронарного русла у больных ИБС.

В зависимости от выраженности стенотических изменений венечных артерий пациенты были разделены на 3 группы. В 1 группу вошли больные, имеющие гемодинамически незначимые стенозы коронарных артерий, 2 группу составили пациенты, которые имели стеноз одной из магистральных артерий или ветвей 1-го порядка, 3 группу — больные с многососудистым характером поражения. Результаты изучения содержания цитокинов в зависимости от выраженности изменений коронарных артерий представлены в таблице 1.

Таблица 1

Содержание ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α
у больных стабильной стенокардией
в зависимости от тяжести поражения коронарного русла

Группы	Содержание цитокинов		
	ИЛ-1 β , пг/мл	ИЛ-6, пг/мл	ФНО- α , пг/мл
Больные с гемодинамически незначимыми измененными коронарными артериями	19,43 \pm 1,76	30,46 \pm 2,34	42,24 \pm 2,17
Больные со стенозом одной из магистральных артерий или ветвей 1-го порядка	26,81 \pm 2,32	32,73 \pm 1,93	44,37 \pm 1,78
Больные с многососудистым характером поражения	35,83 \pm 2,12	41,24 \pm 1,96	52,76 \pm 1,39

У больных со стенозами 2-3 магистральных артерий оказались максимальные уровни исследуемых медиаторов ($p < 0,001$).

Через 12 недель лечения в целом по группе отмечены положительные изменения гемодинамики в виде снижения САД и ДАД на 17,3 и 12,7% соответственно, снижения ЧСС на 18,3%, повышения ФВ на 11,7%, уменьшения ФКср стенокардии напряжения на 16,6%. Отмечена положительная динамика в содержании провоспалительных цитокинов. Содержание ИЛ-1 α к концу периода наблюдения снизилось на 19,7%, ИЛ-6 — на 24,4% и ФНО- α — на 16,9%. Наиболее выраженным было снижение уровней медиаторов у больных со стенокардией напряжения 1-2ФК. У больных с многососудистым поражением коронарного русла динамика уровней цитокинов была статистически не значима.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о важной роли цитокинового дисбаланса в патогенезе различных форм ишемической болезни сердца. Увеличение содержания ИЛ-1 β , ИЛ-6 и ФНО- α и соответствует наиболее тяжелым формам атеросклеротического поражения коронарного русла. Учитывая общие патогенетические детерминанты иммунного воспаления и депрессии в развитии и прогрессирования коро-

нарного атеросклероза, для выявления риска неблагоприятного течения ИБС изучены распространенность, тяжесть и динамика депрессии в исследуемых группах.

Социальная поддержка, в виде семьи, оказывает значительное влияние на уровень тревоги и депрессии. В связи с чем, эти параметры рассматривались сквозь призму семейных отношений. В нашем исследовании было 47 человек (68,1%) состоявших в браке и 22 человека (31,9%) не состоявших на момент исследования в браке. К этой группе были отнесены разведенные, вдовствующие и никогда не состоявшие в браке.

В целом по группе больных ИБС распространенность депрессии составила 62,3%, при этом среди больных, имеющих 1 ФК стенокардии напряжения, распространенность депрессии составила 6,4%, 2 ФК — 25,8%, 3 ФК — 83,8%. Таким образом, среди больных с тяжелыми клиническими проявлениями ИБС распространенность депрессии была достоверно выше ($p < 0,001$). Уровень депрессии в среднем по всем пациентам включенным в исследование на 1 визите составил 23,2 \pm 2,8 балла. У больных с многососудистым поражением уровень депрессии составил 27,6 \pm 1,5 балла. В группе семейных больных уровень депрессии на начало исследования составил 22,5 \pm 2,6 балла. В группе не семейных уровень депрессии на начало исследования составил 24,6 \pm 2,9 балла. Уровень депрессии у не семейных был выше на 2,1 балла (9,0%, $p < 0,001$) по сравнению с уровнем депрессии у семейных.

К концу исследования доля больных с депрессией по всей группе ИБС уменьшилась на 20,2%, причем уменьшение доли больных также произошло за счет пациентов, имеющих 1-2 ФК стенокардии напряжения. Количество больных с депрессией, среди пациентов, имеющих многососудистое поражение коронарного русла, не изменилось. Уровень депрессии по всем пациентам стал 18,9 \pm 4,8 балла, т.е. уменьшился на 4,3 балла (18,3%, $p < 0,001$) по сравнению с уровнем депрессии в начале исследования. Уровень депрессии семейных уменьшился на 4,3 балла (19,4%, $p < 0,001$) по сравнению с уровнем депрессии в начале исследования. Уровень депрессии у не семейных уменьшился на 4,0 балла (16,3%, $p < 0,001$) по сравнению с уровнем депрессии в начале исследования. У больных с многососудистым поражением уровень депрессии после лечения уменьшился на 0,4 балла.

Уровень депрессии на момент включения в исследование у всех мужчин, включенных в исследование, составил 22,8 \pm 1,8 балла, у семейных мужчин 22,3 \pm 1,6 балла, у несемейных мужчин 24,5 \pm 1,6 балла. К концу исследования произошло снижение уровня депрессии у мужчин до 18,8 \pm 4,6 (17,6%, $p < 0,001$), у семейных мужчин этот показатель снизился на 5,3 балла (23,7%, $p < 0,001$) у несемейных мужчин — возрос на 0,5 балла (2,0%).

Уровень депрессии на момент включения в исследование у всех женщин, включенных в исследование, составил 23,4 \pm 3,2 балла, у семейных женщин 22,7 \pm 3,0 балла, у несемейных женщин 24,6 \pm 3,2 балла. К концу исследования произошло снижение уровня депрессии у женщин на 4,4 балла (18,7%, $p < 0,001$), у семейных женщин на 3,9 балла (16,9%, $p < 0,001$), у несемейных на 5,3 балла (21,5%, $p < 0,001$).

Таким образом, среди больных с тяжелыми клиническими проявлениями ИБС отмечена наибольшая распространенность депрессии, причем максимальное количество больных с депрессией отмечено среди пациентов с многососудистым поражением коронарного русла. В этой группе отмечено минимальное снижение уровня депрессии в процессе лечения. Больные ИБС, имеющие повышенное содержание провоспалительных цитокинов, высокий уровень депрессии и отсутствие динамики этих показателей после лечения, должны быть отнесены к группе высокого риска неблагоприятного исхода ИБС. У таких пациентов необходимы не только особые подходы к лечению основного заболевания, но и проведение специальных мероприятий по их социально-психологической реабилитации.

Обращает внимание факт, что уровень депрессии у не семейных был выше, чем у семейных. Причем, уровни достоверно отличались как на момент включения в исследование, так и по его окончании. У семейных и снизились они больше, чем у не семейных. Можно предположить, что такой социальный фактор поддержки человека как семья, оказывает значительное положительное влияние на психологическое состояние пациента в сложные моменты жизни. Поддержка семьи оказывает

более значительное влияние на мужчин, чем на женщин. Это выражается в более значительном снижении депрессии у семейных мужчин, чем у женщин. Также, об этом может свидетельствовать тот факт, что у не семейных мужчин была даже тенденция к росту депрессии.

Таким образом, при лечении пациентов с ИБС необходимо учитывать не только тяжесть клинических проявлений основного заболевания, но и семейный статус пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Смулевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике. Москва, 2000: 131-133.
 2. Bush D.E., Ziegelstein R.C., Tayback M. et al. Even minimal symptoms of depression increase mortality after acute myocardial infarction // Am. J. Cardiol. — 2001. — Vol.88. — P.337-341.
 3. Boldoueva S., Shabrov A., Trofimova O., Zhuk V. The influence of psychological factors on heart rate variability after myocardial infarction // Europ.Heart.J. — 2003. — Vol.24. — P.947.
 4. Carney R.M., Freedland K.E., Rich M.W. et al. Ventricular tachycardia and psychiatric depression in patients with coronary artery disease // Am. J. Med. — 1993. — Vol. 95. — P.23-28.
 5. Pasqui A.L., Bova G., Maffei S., Auteri A. Immune factors in atherosclerosis // Ann Ital Med Int. — 2005. — Vol. 20(2). — P.81-89.
 6. Reiner Z., Tedeschi-Reiner E. New information on the pathophysiology of atherosclerosis // Lijec Vjesn. — 2001. — Vol. 123(1-2). — P.26-31.
 7. Takahashi K., Takeya M., Sakashita N. Multifunctional roles of macrophages in the development and progression of atherosclerosis in humans and experimental animals. // Med Electron Microsc. — 2002. — Vol. 35(4). — P.179-203.
 8. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Psychiatr Scand. — 1983. — Vol. 67. — P. 361-370.
- Адрес для переписки: 400131, г. Волгоград, ул. Мира, д. 26, кв. 77. Чернова Светлана Ивановна — НУЗ Отделенческая клиническая больница на станции Волгоград-1 ОАО «РЖД», заведующая поликлиникой №1, к.м.н.
Тел: дом. 8(8442) 332946, моб. 89061652682. E-mail: sichernova@yandex.ru;
Плохов Владимир Николаевич — НУЗ Отделенческая клиническая больница на станции Волгоград-1 ОАО «РЖД», директор, д.м.н. г. Волгоград, ул. Коммунистическая, д. 7. Тел.: моб. 89275278977;
Аверин Евгений Евгеньевич — ГОУ ВПО Волгоградский Государственный педагогический университет, доцент кафедры морфологии, физиологии человека и медико-педагогических дисциплин, к.м.н., доцент кафедры морфологии, физиологии человека и медико-педагогических дисциплин.
400120, г. Волгоград, ул. Елецкая, д. 17, кв 8. Тел.: моб. 8-917-339-33-75, e-mail: averin76@bk.ru

© КОХАН С.Т., НАМОКОНОВ Е.В., ЗАХАРОВА О.А., ПОДКОРЫТОВА О.В., БАТОЦЫРЕНОВ М.Б. — 2009

ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕЛЕНОВОГО СТАТУСА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ

С.Т. Кохан¹, Е.В. Намоконов¹, О.А. Захарова², О.В. Подкорытова², М.Б. Батоцыренов¹
(¹Читинский государственный университет, ректор — д.т.н., проф., Ю.Н. Резник, институт социально-политических систем, кафедра основ медицины и организации здравоохранения, зав. — к.м.н., доц. С.Т. Кохан; 2321 Окружной военный клинический госпиталь СибВО, начальник — полковник м/с Ю.А. Пономарев)

Резюме. Изучены закономерности изменения показателей цитокинового статуса у 74 военнослужащих с внебольничными пневмониями на фоне гипоселеноза с последующими рекомендациями по коррекции выявленных нарушений.

Установлено, что дефицит селена в организме у больных с пневмониями является одним из факторов, способствующих активации медиаторов воспаления и формированию системной воспалительной реакции. Коррекция выявленных нарушений может быть достигнута назначением селеносодержащих препаратов (неоселена) в комплексной терапии пневмоний.

Ключевые слова: пневмония, цитокины, дефицит селена, госпиталь.

CHANGES IN SELENIUM STATUS AND CYTOKIN INDICES IN PATIENTS WITH OUT-OF-HOSPITAL PNEUMONIA; CORRECTION OF IMPAIRMENTS DETERMINED

S. T. Kokhan, E. V. Namokonov, O. A. Zakharova, O. V. Podkorytov, M. B. Batocirenov
(Chita State University, Regional Clinical Military Hospital, Chita)

Summary. Normal changes in cytokin status in 74 military men with out-of-hospital pneumonia having selenium deficiency were studied. They were recommended to correct impairments determined. Selenium deficiency in patients with pneumonia is stated to be one of factors contributing to activation of inflammation and formation of systemic inflammatory reaction. The correction of impairments determined may be achieved by the administration of selenium medicine in complex therapy of pneumonia.

Key words: pneumonia, cytokine, selenium deficiency, out-of-hospital.

В последние годы получены серьезные доказательств роли свободнорадикального окисления в патогенезе большинства патологических состояний [1,3]. Одним из факторов, активирующим процессы перекисного окисления липидов является дефицит селена в геохимически бедных регионах, каким является Забайкальский край, что в условиях воспаления может приводить

к различным нарушениям иммунных процессов [1]. Разработка информативных методов исследования цитокинов, в условиях дефицита селена позволит объективно оценивать состояние иммунитета, полученные при этом данные позволят контролировать эффективность проводимого лечения и прогнозировать исход заболевания.