

77

СТРУКТУРНО-ГЕОМЕТРИЧЕСКАЯ ПЕРЕСТРОЙКА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИНИМАЕМОЙ ТЕРАПИИ

Колотова Г. Б., Завалина Д. Е., Гришина И. Ф.

Уральская государственная медицинская академия

Актуальность

Несмотря на высокую частоту кардиоваскулярной патологии при ревматоидном артрите (РА) и отрицательное действие глюкокортикоидов (ГКС), НПВП и метотрексата (МТ) на сердечно-сосудистую систему в целом, в литературе мы не встретили работ, посвященных исследованию данных препаратов на структуру и функцию сердца при РА. Цель исследования - изучение по данным эхокардиографического исследования вариантов ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) при РА в зависимости от принимаемой терапии.

Материалы и методы

126 больных РА 41,23±0,79 лет и длительностью заболевания более 5 лет без клиники ИБС, АГ, дислипидемии и сахарного диабета в зависимости от терапии были разделены на 3 группы: группа ГКС-42 пациента, получающих преднизолон (7,5 мг/сут), группа НПВП-51 больной, принимающий постоянно НПВП, группа МТ-33 пациента, получающих метотрексат (7,5-15 мг/неделю). Группа контроля - 30 здоровых добровольцев 42,45±0,81 лет.

Результаты

В группе ГКС у 52,4% больных происходит изменение геометрии ЛЖ, при этом в 30,9% случаев формируется эксцентрический тип гипертрофии (ЭТГЛЖ). В группе НПВП нормальная геометрия ЛЖ сохраняется у 60,8% больных, ЭТГЛЖ развивается в 21,6% случаев. В группе МТ нормальная геометрическая модель встречалась в 46% случаев, однако частота формирования ЭТГЛЖ оказалась достоверно меньше, чем в группах ГКС и НПВП, - 6% случаев, к эксцентрическим вариантам ремоделирования ЛЖ развиваются чаще (24,2%), чем у больных, получающих ГКС (9,6%) и НПВП (7,8%).

Заключение

У больных РА, принимающих ГКС и НПВП основным вариантом ремоделирования является ЭТГЛЖ, тогда как у пациентов, использующих в лечении МТ, чаще развиваются компенсаторные типы структурно-геометрической перестройки без формирования гипертрофии миокарда ЛЖ.

79

КОНДРОНОВА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА (ДОА)

Комаров В.Т., Олейников В. Э.

Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко,

Пензенский Медицинский Институт

Актуальность

В настоящее время для лечения ДОА предложены новые комбинированные хондропротекторы (хондритинсульфат и глюкозамин сульфат), среди них КОНДРОнова.

Оценить эффективность и безопасность КОНДРОнова в комплексном амбулаторном лечении ДОА.

Материалы и методы

Проведено комплексное лечение двух сравнимых по возрасту, полу групп больных с ДОА амбулаторно, куда входили ЛФК, физиолечение, нестероидные средства с включением КОНДРОнова по 2 капсулы утром и 2 капсулы вечером в течение трех месяцев - 36 человек и без включения препарата - 32 человека. Обследование больных включало подсчет числа пораженных, болезненных суставов, рентгенограмму суставов, общий анализ и острофазовые белки крови, ревматоидный фактор крови, фиброгастродуоденоскопию.

Результаты

Комплексная терапия группы больных с включением КОНДРОнова (14 мужчин и 22 женщины, средний возраст 55,3 года) сопровождалась достоверным развитием анальгетического эффекта в покое, при движении и при пальпации, в связи с этим увеличением объема движений, уменьшения хруста в них, продолжительности утренней скованности, снижением числа болезненных суставов. Последствие препарата составляло половину от продолжительности курса лечения ДОА, отмечено снижение СОЭ. Лишь у двух пациентов отмечены диспепсические расстройства желудочно-кишечного тракта, не потребовавшие отмены препарата.

Заключение

Полученные данные свидетельствуют об эффективности терапии КОНДРОнова у амбулаторных больных с ДОА.

78

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ (РА) С СИСТЕМНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ И ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ: ВОПРОСЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Комаров В.Т., Татарченко И.П.

Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко;
Пензенский ГИДУВ**Актуальность**

В последнее время расширился спектр заболеваний, с которыми проводится дифференциальный диагноз ИЭ. Анализ клинико-лабораторных проявлений РА с системными проявлениями и ИЭ в свете их дифференциальной диагностики.

Материалы и методы

Обследовано 36 больных с ИЭ (24 мужчин и 12 женщин) с иммунно-комплексной патологией и 30 пациентов с РА с системными проявлениями (7 мужчин и 23 женщины).

Результаты

Оказалось, что при РА и ИЭ примерно в равной степени встречались лихорадка, геморрагический васкулит, в 72% при ИЭ отмечались артралгии. Подобная ситуация наблюдалась и при поражении легких, правда при ИЭ в 25% наблюдалась острая пневмония, а при РА в 23,3% - фибрирующий альвеолит. При ИЭ в 5 раз чаще, чем при РА отмечено поражение почек, в 6 раз чаще отмечался плеврит. ИЭ также характеризовался спленомегалией, тромбоэмболическими осложнениями. При РА среди системных проявлений диагностированы лимфаденопатия, аутоиммунный тиреоидит, ревматоидные узлы, синдром Шегрена. Анализ лабораторных показателей свидетельствовал о том, что при РА и ИЭ не отличались уровень гемоглобина, ускоренного СОЭ, увеличения Jg A, M. Однако при ИЭ отмечена тенденция к лейкоцитозу, достоверно чаще наблюдалось увеличение ЦИК, молекул средней массы, криопротеинов, положительная гемокультура, а при ИЭ наблюдались увеличение JgG, положительный ревматоидный фактор.

Заключение

Дифференциальная диагностика РА с системными проявлениями и ИЭ остается достаточно трудной.

80

ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЕЙ ЦИТОКИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Копалова Ю. А., Лусев Е. Ю., Соколова Л. А., Камкина Л. Н.

Институт иммунологии и физиологии УрО РАН, УГМА

Актуальность

Изучение клинико-иммунологических аспектов развития хронических воспалительных заболеваний, таких как ревматоидный артрит (РА), является актуальной задачей ревматологии. В ряде исследований показана возможность развития у больных аутоиммунными заболеваниями системной воспалительной реакции (СВР) с внутрисосудистой активацией эффекторов воспаления и их мишеней.

Материалы и методы

Обследовано 33 больных РА (диагноз установлен согласно диагностическим критериям АРА, 1987). Контрольную группу составили 50 здоровых доноров. Методом иммунохемилюминесценции (Immulate 1000) исследовали концентрации в плазме С-реактивного белка (СРБ), интерлейкинов (IL)-6, 8, 10, TNF-α. По методу Черешнева В.А. с соавт. (приоритетная справка № 2005108368 от 24.03.2005) определялся интегральный уровень СВР (ИУ): от 0 (норма) до 5 (абсолютно критический).

Результаты

В исследуемой группе отмечено достоверное повышение уровня СРБ, IL - 6, IL - 8 и TNF-α 45; по сравнению с контролем. Уровень IL-10 в системном кровотоке у всех обследованных больных не превышал верхнюю границу нормы. Степень выраженности СВР оценивалась по ИУ. В группе больных РА у 20 человек (47,6%) выявлен 1-й уровень, у 8 (19,0%) - 2-й, у 1 (2,4%) - 3-й уровень СВР. У 13 больных (31,0%) СВР отсутствовала (0-й уровень). Выявлены также корреляционные взаимосвязи интегрального уровня СВР с IL-6, СРБ, TNF-α, что объясняется наибольшим вкладом данных медиаторов в выраженность СВР при РА.

Заключение

Данное исследование подтверждает наличие у больных РА СВР с развитием острофазового ответа и цитокинемии. Интегральный уровень СВР может быть использован в качестве критерия оценки тяжести больных РА, и его целесообразно учитывать при проведении патогенетической терапии.