

мы крови. Следствием нарушения физико-химических свойств эритроцитов может быть изменение их устойчивости к деформационному сдвигу.

Таким образом, изменение физико-химических свойств эритроцитов крови у больных ХОБЛ в стадии обострения свидетельствует о нарушении осмотической циторегуляции, что в свою очередь, может обуславливать высокий риск гемостазиологических и микроциркуляторных кризов в связи с развитием у больных выраженной бронхообструкции.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТАВА ТЕЛА У ДИАЛИЗНЫХ БОЛЬНЫХ ПО ДАННЫМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКОГО И БИОИМПЕДАНСНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

А.Н. Рахматуллина

Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова, Россия

E-mail автора: Leisan_83@mail.ru

Питательная недостаточность, как известно является серьезным и распространенным осложнением хронической почечной недостаточности и связана с повышением заболеваемости и смертности у диализных больных. Биоимпедансный анализ (БИА) является неинвазивным, чувствительным, простым в выполнении методом, позволяющим получать объективную характеристику состава тела.

Цель исследования: дать сравнительную оценку питательного статуса у диализных больных по данным биоимпедансного анализа и антропометрических методов.

Материал и методы. В исследование участвовало 87 человек, из них 1 группа – 57 человек, получавшие лечение хроническим гемодиализом (ГД), 2 группа – 30 человек, получавшие лечение перитонеальным диализом (ПД). Группы обследованных сопоставимы по возрасту и полу, средний возраст больных, находящихся на ГД – $53 \pm 13,3$ г., на ПД – $53,4 \pm 15,9$ г. ($p=0,42$). Продолжительность заместительной почечной терапии в обеих группах варьировала от 1 до 190 мес., средняя длительность лечения составила – $68,6 \pm 56,8$ мес., продолжительность лечения больных, находящихся на ГД – $81,1 \pm 62,3$ мес, на ПД – $44,8 \pm 34,5$ мес., соответственно. Все больные были разделены по индексу массы тела (ИМТ) на 3 группы: 1 группу (<19 кг/м²) составили 4 больных, находящихся на ГД и 2 больных на ПД, 2 группу ($19-25$ кг/м²) – 28 и 11 больных, 3 группу (>25 кг/м²) составили 25 и 17 больных получающих ГД и ПД. Оценка питательного статуса производилась с использованием биоимпедансного анализатора BSM (Body Composition Monitor), фирмы «Фрезениус», оценивались следующие показатели: процент тощей и жировой массы тела. Из антропометрических методов оценивались: окружность

мышц плеча (ОМП), процент содержания жировой ткани в теле рассчитанный по сумме 4 кожно-жировых складок (КЖС): на уровне средней трети плеча над бицепсом (1) и трицепсом (2), на уровне нижнего угла правой лопатки (3) и на 2 см выше середины пупартовой связки в паховой области (4).

По результатам нашего исследования ПД больные имели достоверно более высокий процент содержания тощей массы по данным БИА по сравнению с ГД больными: 1 группа – $73,6 \pm 4,4\%$ и $66,4 \pm 8,4\%$, 2 группа – $69,5 \pm 11,2\%$ и $66 \pm 14,1\%$, 3 группа – $57,2 \pm 0,1\%$ и $45,3 \pm 11,0\%$ ($p<0,001$). По результатам оценки ОМП достоверных различий между диализными группами ПД и ГД не было получено $19,5 \pm 0,4$ см и $20,6 \pm 2,0$ см в 1 группе, $23,8 \pm 2,3$ см и $23,4 \pm 2,7$ см во 2 группе, $25,1 \pm 2,1$ см и $25,6 \pm 4,0$ см в 3 группе. При оценке содержания процента жировой ткани в теле, как по данным БИА, так и по оценке суммы 4 КЖС, получено, достоверно более высокое содержание жировой ткани тела у ГД больных по сравнению с больными, получающих ПД ($p<0,001$). По данным биоимпедансометрии у ГД и ПД больных содержание жировой ткани тела было следующим: 1 группа $25,3 \pm 5,3\%$ и $19,6 \pm 1,5\%$, 2 группа $24,8 \pm 9,9\%$ и $20,6 \pm 7,5\%$, 3 группа $40,7 \pm 8,0\%$ и $29,5 \pm 7,2\%$. Результаты оценки суммы 4 КЖС у ГД и ПД больных: 1 группа – $11,8 \pm 2,6\%$ и $5,9 \pm 4,5\%$, 2 группа – $19,3 \pm 8,6\%$ и $17,3 \pm 8,9\%$, 3 группа – $35,3 \pm 5,7\%$ и $30,3 \pm 5,7\%$. При корреляционном анализе процента жировой массы тела БИА с процентом жировой массы тела рассчитанным по 4 КЖС получена достоверная прямая связь у ГД больных ($p<0,001$, $r=0,83$), у ПД больных ($p<0,001$, $r=0,81$).

Выводы: Таким образом, биоимпедансный метод оценки состава тела организма является достаточно объективным методом с высоким процентом корреляции к антропометрическим данным, позволяющий вести динамическое наблюдение за состоянием тощей и жировой массы тела на сколь угодно длительном промежутке времени.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ УРОВНЯ ГИДРАТАЦИИ НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У ДИАЛИЗНЫХ БОЛЬНЫХ

А.Н. Рахматуллина

Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова, Россия

E-mail автора: Leisan_83@mail.ru

Одним из основных критериев адекватного диализа является оптимизация гидратационного статуса больных. Диализные методы лечения предполагают выведение из организма избытка жидкости до так называемого «сухого веса», то есть состояния нормоволемии, при котором не возникает гипотонии. «Сухим весом» считается вес, при удалении жидко-

сти ниже которого у больного с нормальным уровнем альбумина и гемоглобина в крови, на гемодиализе развивается гипотензия и/или судороги, и выше которого у больного появится гипертензия и/или признаки гипергидратации. Объемная перегрузка жидкостью у диализных больных, приводящая к артериальной гипертензии и гипертрофии левого желудочка, в значительной степени ухудшает результаты лечения. В настоящее время определение "сухого веса" производится на основании клинических данных. Вероятность точного определения "сухого веса" при использовании клинического способа оценки не превышает 50%. Знание истинной "сухой" массы тела крайне важно для определения оптимального объема ультрафильтрации, профилактики осложнений диализной терапии, улучшения самочувствия пациента и повышения качества лечения диализом в целом.

Биоимпедансометрия, метод основанный на измерении электрического импеданса тканей при прохождении зондирующего тока разной частоты через ткани организма, находит все более широкое применение в клинической практике. В настоящее время применяется в различных областях медицины для оценки степени гидратации организма, распределения жидкости тела между вне- и внутриклеточными ее секторами.

Цель исследования: оценить артериальное давление у больных, получающих заместительную почечную терапию гемодиализом и перитонеальным диализом в зависимости от уровня гидратации.

В исследование участвовало 87 человек, из них 57 человек, получавшие лечение хроническим гемодиализом (ГД), 30 человек, получавшие лечение перитонеальным диализом (ПД). Группы обследованных сопоставимы по возрасту и полу, средний возраст больных, находящихся на ГД – $53 \pm 13,3$ г., на ПД – $53,4 \pm 15,9$ г. ($p=0,42$). Продолжительность заместительной почечной терапии в обеих группах варьировала от 1 до 190 мес, продолжительность лечения больных, находящихся на ГД – $81,1 \pm 62,3$ мес, на ПД – $44,8 \pm 34,5$ мес, соответственно. Оценка уровня гидратации производилась с использованием биоимпедансного анализатора BSM (Body Composition Monitor), фирмы «Фрезениус». Среднее артериальное давление (САД) было рассчитано по данным систолического и диастолического давления в диализном листе за месяц у каждого больного по формуле:

$$\text{САД} = \text{АД}_{\text{систолическое}} + 2\text{АД}_{\text{диастолическое}}/3.$$

По результатам нашего исследования больные, находящиеся на ПД имели достоверно более высокий уровень гидратации $1,4 \pm 1,4$ л по сравнению с ГД больными – $0,5 \pm 1,3$ л ($p<0,001$). Также, достоверно более высокие значения САД были получены у ПД больных $98,8 \pm 10,3$ мм рт.ст. по сравнению с больными, получающих ГД $92,2 \pm 10,4$ мм рт.ст. ($p<0,05$). При проведении корреляционного анализа гидратации с САД, выявлена достоверная прямая связь ($p<0,05$,

$r=0,38$) у ПД больных, а у больных, получающих ГД выявлена слабая обратная корреляционная связь ($p<0,05$, $r=-0,29$).

Выводы: Таким образом, данные биоимпедансного анализа подтвердили, что ПД больные находились в состоянии гипергидратации и имели более высокие цифры артериального давления по сравнению с больными, получающих ГД и имеющих нормальный уровень гидратации.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АЛИСКИРЕНА В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Ж.Е. Савина, И.Е. Юнонин

Ярославская ГМА, г. Ярославль, Россия

E-mail авторов: jeanneSav@yandex.ru

Артериальная гипертензия (АГ) является ведущей причиной утраты трудоспособности и смертности населения. У пациентов с системной красной волчанкой (СКВ) АГ выявляется значительно чаще, чем в общей популяции. Значительную роль в патогенезе АГ у больных СКВ играет поражение почек, вызывающее активацию ренин – ангиотензин – альдостероновой системы (РААС). Прямой ингибитор ренина – алискирен позволяет воздействовать на иницирующий фермент РААС, блокируя его негативные эффекты, тем самым, снижая риск развития сердечно – сосудистых осложнений.

Цель исследования: сравнить эффективность применения алискирена у пациентов СКВ с синдромом артериальной гипертензии и больных гипертонической болезнью.

Материалы и методы.

Всего обследовано 40 пациентов. Из них 21 больная СКВ с синдромом артериальной гипертензии, все женщины, средний возраст $48 \pm 7,6$ лет, длительность заболевания $16,9 \pm 13,8$ лет, активность заболевания I-II степени (по шкалам SLEDAI, ECLAM), длительность артериальной гипертензии $7,3 \pm 4,84$ года. В качестве группы сравнения взяты 19 больных с гипертонической болезнью (18 женщин, 1 мужчина), средний возраст $49,5 \pm 9,5$, длительность заболевания $8,53 \pm 6,54$, сопоставимых по среднему уровню систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД). Всем пациентам исходно проводилось клиническое обследование, суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и определение активности ренина плазмы. Пациентам назначался алискирен (Расилез, Novartis, Швейцария) в дозе 150 мг в сутки. Динамику показателей СМАД оценивали через 6 недель от начала лечения.

Результаты и обсуждение.