

ОМОГМ наиболее часто развивается у населения РД в трудоспособном возрасте (15-59 лет). Средний возраст больных ОМОГМ составляет 43,4±16,7 года.

Север горной экологической зоны Дагестана отличается тем, что включает в себя 14 горных сельских районов из 21. Высокогорная местность с условиями жизни при гипоксии и умеренной континентальности климата [6], вероятно, являются не маловажными факторами риска высокой заболеваемости ОМОГМ горцев.

На равнине центральной экосоны сконцентрированы главные транспортные магистрали и промышленные объекты. Вероятно, раннее развитие ОМОГМ на равнине центральной зоны связано загрязнением окружающей среды.

Выводы:

1. Более уязвимой по отношению к заболеваемости опухолями головного мозга и его оболочек является трудоспособное население возрастной группы с 15 до 60 лет.
2. Высокая заболеваемость с тенденцией к приросту значительно увеличивает риск заболеть опухолями головного мозга и его оболочек в сельской местности Дагестана.
3. Северные районы горной экологической зоны Дагестана отличаются более высокими показателями заболеваемости опухолями головного мозга и его оболочек.

Литература

1. Зайцев В.М., Лифляндский В., Маринин В.И. Прикладная медицинская статистика. СПб.: ООО "Издательство ФОЛИАНТ", 2003. 432 с.
2. Земская А., Лецинский Б.И. Опухоли головного мозга астроцитарного ряда. Л., 1965. 216 с.
3. Марченко С.В. Комплексное лечение злокачественных глиом полушарий большого мозга: Автореф. дис. ... к. м. н. СПб., 1997. 24 с.
4. Опухоль головного мозга. <http://www.medmax.ru/article200470226.htm> (26 июня 2006).
5. Петрова Г.В., Харченко Н.В., Грецова О.П. и др. Заболеваемость населения России злокачественными новообразованиями // Злокачественные новообразования в России в 2000-2008 годы (заболеваемость и смертность) / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий», 2001-2010 гг.
6. Республика Дагестан: география и климат // <http://dagestanrsp.ru/geography/> (15.05.2010).
7. Розуменко В.Д. Опухоли головного мозга: современное состояние проблемы. <http://www.esus.ru/php/content.php?id=1167> (14.09.2003).
8. Розуменко В.Д. Эпидемиология опухолей головного мозга и факторы риска их развития. <http://www.health-ua.org/article/health/3007.html> (27.10.2009).
9. Цыб А.Ф., Денисенко О.Н., Мардынский Ю.С. и др. Физико-химические аспекты гарантии качества нейтронной дистанционной лучевой терапии и проблемы ее обеспечения // Вопр. онкол. 1997. Т. 43, № 5. С. 509–514.
10. Щеголев Ю.С. Комплексное лечение метастазов злокачественных опухолей в головной мозг: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1996.
11. Ярцев В.В., Коришунов А., Непомнящий В.П. Некоторые аспекты эпидемиологии и классификации опухолей нервной системы // Вопр. нейрохир. 1997. № 3. С. 9–13.
12. Davis F.G., Malinski N., Haenzel W. et al. Primary brain tumor incidence rates in four United States regions, 1985-1989: a pilot study // Neuroepidemiology (Switzerland). 1996. Vol. 15. P. 103–112.
13. Orton C.G. Uses of Therapeutic X-Rays in Medicine // Health physics. 1995. Vol. 69, № 5. P. 662–676.
14. Russell K., Caplan R., Laramore G. et al. Photon versus fast neutron external beam radiotherapy in the treatment of locally advanced prostate cancer: results of a randomized prospective trial // J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. 1994. Vol. 28. P. 47–54.

THE BRAIN TUMORS INCIDENCE IN ADULTS OF THE DAGESTAN REPUBLIC FOR YEARS 1993-2007

D.G. KHACHIROV, A.M. ABDULMUTALIPOV

Research Institute of Human Ecology of Mountain Territories,
Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Essential influence of regional factors upon cancer incidence including brain tumors is well known. In the unique natural conditions of Dagestan epidemiological and ecological descriptions have not been made up as yet. The paper presents the data of sickness rate analysis of brain tumors at teenagers and grown-ups taking into consideration the mountains, foothills, plains in the north and south of Dagestan countryside territory. The peak of sleekness rate has been noted at the age of 40 to 60 years in rural in comparison with urban population. The inhabitants of mountains are liable to brain tumors, than the population of the foothills and plains in the rural area.

Key words: brain tumors, incidence, age, rural area, mountains.

УДК 616.12-009.72:616.153.915:612.123.067

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ФОНЕ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ

З.М. АГМАДОВА, А.Н. КАЛЛАЕВА*

Пациенты с нестабильной стенокардией – гетерогенная группа с разными формами болезни. Представляет практический интерес исследование структурно-функциональных показателей миокарда и липидного спектра крови у этого контингента пациентов. Обследованы 83 больных с различными формами нестабильной стенокардии. Измерения проводились при помощи эхокардиографии и биохимического исследования липидов крови, показатели стандартизовались. Наиболее выраженные структурно-функциональные изменения (с развитием дилатации левого желудочка, нарушением систолической и диастолической его функции) наблюдались в группе пациентов со стенокардией покоя. Меньшие (нарушение диастолической функции и тенденция к дилатации левого желудочка) – у пациентов с прогрессирующей стенокардией. Выраженность структурно-функциональных изменений коррелировала с повышенным уровнем липидов крови.

Ключевые слова: нестабильная стенокардия, структурно-функциональные показатели миокарда, липидный спектр крови.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС), несмотря на достигнутые успехи в ее диагностике и лечении, остается одной из самых серьезных проблем в нашей стране и во всем мире. Она стойко занимает первое место в структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний [4,5,7,8].

Нестабильная стенокардия (НС) как наиболее тяжелый период обострения ишемической болезни сердца [11] – это острый процесс ишемии миокарда с высоким риском развития инфаркта миокарда и внезапной сердечной смерти. Больные с НС представляют собой достаточно гетерогенную группу пациентов с различными клиническими симптомами и различной степенью тяжести ИБС: после затяжного (более 20 мин.) приступа стенокардии в покое; с впервые возникшей (в предшествовавшие 30 дней) или дестабилизацией ранее существовавшей тяжелой стенокардии III-IV класса (по классификации Канадской ассоциации кардиологов) [3].

Объединяющим их морфологическим субстратом является нестабильность и разрыв атеросклеротической бляшки стенки коронарной артерии с развитием тромбоза, вазоконстрикции и микроэмболизации. К внутренним факторам ее повреждения относятся длительная гиперлипидемия и формирование большого липидного ядра бляшки с тонкой фиброзной покрышкой [6,9,10].

Острая ишемия и дисфункция части кардиомиоцитов в результате нарушения коронарного кровоснабжения участка миокарда приводят к активации ренин-ангиотензин-альдостероновой и симпатико-адреналовой систем. Это в свою очередь вызывает изменения геометрических и структурных характеристик левого желудочка (ЛЖ). Важное значение для прогноза после перенесенного эпизода нестабильной стенокардии по мнению ряда авторов отводится процессам компенсаторной перестройки сердечной мышцы с развитием систолической и диастолической дисфункции ЛЖ [1,2].

В связи с гетерогенностью группы пациентов с нестабильной стенокардией можно предполагать и различный характер

* ГОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия.

структурно-функциональных изменений миокарда у пациентов с разными ее формами. Так как в основе развития ишемии, а в дальнейшем и структурной перестройки миокарда, лежит прогрессирование атеросклеротического процесса в стенке коронарных артерий – практический интерес представляет определение липидного спектра крови у пациентов с различными формами ИС и взаимосвязи структурно-функциональной перестройки миокарда и гиперлипидемии.

Цель исследования – изучение структурно-функциональных показателей миокарда и липидного спектра крови у больных с различными формами нестабильной стенокардии.

Материалы и методы исследования. Обследованы 83 больных (45 мужчин и 38 женщин) с различными формами нестабильной стенокардии, госпитализированных в отделение кардиологии Республиканской больницы №2 г. Махачкалы. Средний возраст больных – 53,5±3,1 лет.

Критериями включения больных в исследование были: тяжелой (более 20 минут) приступ стенокардии в покое; ангинозные приступы III-IV классов (по классификации Канадской ассоциации кардиологов) возникшие впервые (в предшествующие 30 дней) или прогрессирование имевшейся стенокардии; наличие подтверждения на ЭКГ (преходящая депрессия сегмента ST больше 0,5 мм); отсутствие повышения уровня биохимических маркеров некроза миокарда (тропонина, АСТ, КФК). В исследование не включались больные, у которых в момент развития приступа имелись: инфаркт миокарда в анамнезе; обструктивные заболевания легких; наличие органических поражений клапанов сердца; наличие признаков идиопатической кардиомиопатии; сахарный диабет; постоянная форма фибрилляции предсердий.

Все пациенты в зависимости от диагноза были разделены на 3 группы: 1 группа – впервые возникшая стенокардия (29 больных), 2 группа – прогрессирующая стенокардия (33) и 3 группа – стенокардия покоя (21 человек).

Согласно протоколу исследования, у пациентов всех 3 групп оценивались структурно-функциональные показатели левого желудочка (методом эхокардиографии и доплероэхокардиографии), липидный спектр крови.

Статистическая обработка данных осуществлялась с применением пакета прикладных программ «Statistica 6.0». Она включала расчет средних значений (М), стандартной ошибки (m). Парные групповые сравнения проводились непараметрическим методом Манна-Уитни. При анализе зависимых выборок использовался критерий Уилкоксона. Во всех расчетах различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Морфофункциональные параметры сердца оценивались по следующим показателям: *фракция выброса* (ФВ, %), *конечно-диастолический размер и объем ЛЖ* (КДР и КДО), *конечно-систолический размер и объем ЛЖ* (КСР и КСО), *ударный объем* (УО, мл), *миокардиальный стресс* (МС, дин/см²), *толщина межжелудочковой перегородки* (ТМЖП, мм), *толщина задней стенки левого желудочка* (ТЗСЛЖ, мм), *относительная толщина стенки левого желудочка* (ОТСЛЖ), *масса миокарда левого желудочка и ее индекс* (ММЛЖ и ИММЛЖ), *размер левого предсердия* (ЛП, мм), *амплитуда пиков диастолического наполнения* (пика Е и пика А).

С целью анализа липидного спектра крови у больных определяли: *общий холестерин* (ОХС, ммоль/л), *холестерин липопротеидов низкой плотности* (ЛПНП, ммоль/л), *триглицериды* (ТГ, ммоль/л).

Полученные результаты представлены в табл. 1 и 2.

Несмотря на увеличение ММЛЖ по мере сравнения 1, 2 и 3 групп, относительная толщина стенок желудочка прогрессирующе уменьшалась, о чем свидетельствует достоверное снижение индекса ОТСЛЖ. Проанализировав эти явления (нарастание ММЛЖ при ОТСЛЖ < 0,45), можно сделать вывод о постепенном развитии эксцентрического ремоделирования миокарда ЛЖ. Гемодинамические изменения характеризовались тем, что у больных 2 и 3 групп (прогрессирующая и стенокардия покоя) происходил нарастающий по сравнению с 1 группой (впервые возникшая стенокардия) рост ударного объема ЛЖ ($p < 0,05$), одновременно с этим отмечено статистически значимое снижение ФВ ЛЖ в этих же группах пациентов.

Все это говорит, что у пациентов с более тяжелыми формами нестабильной стенокардии прогрессируют патологические структурно-функциональные изменения миокарда, что приводит

к постепенной дилатации полости ЛЖ с развитием его систолической дисфункции.

Таблица 1

Структурно-функциональные показатели миокарда у больных нестабильной стенокардией

Эхокардиографические параметры	Впервые возникшая стенокардия, n = 29	Прогрессирующая стенокардия, n = 33	Стенокардия покоя, n = 21
ФВ, %	65,3±1,2	55,8±1,3*(1)	52,8±1,13*(1,2)
КДР ЛЖ, мм	50,1±1,04	53,1±1,06	56,2±1,05*(1)
КСР ЛЖ, мм	31,5±0,05	36,4±0,07*(1)	39,8±0,06*(1,2)
КДО ЛЖ, мл	120,0±4,1	142,9±2,5*(1)	156,4±3,2*(1,2)
КСО ЛЖ, мл	39,6±2,1	59,1±1,9*(1)	92,3±5,4*(1,2)
УО, мл	75,7±0,8	78,4±1,1*(1)	82,3±1,6*(1,2)
МС, дин/см ²	129,4±6,1	155,6±5,4*(1)	180,2±6,3*(1,2)
ТМЖП, мм	11,6±0,3	11,5±0,4	11,4±0,4
ТЗСЛЖ, мм	10,9±0,3	11,3±0,3	11,2±0,4
ОТСЛЖ	0,45±0,01	0,44±0,01	0,41±0,02*(1)
ММЛЖ, г	220,9±7,9	263,2±6,9*(1)	289,3±9,4*(1,2)
ИММЛЖ, г/см ²	116,2±8,3	142,7±7,8*(1)	146,8±8,9*(1)
ЛП, мм	38,6±0,72	39,4±0,51	43,9±0,67*(1)
Пик Е, м/с	0,65±0,03	0,60±0,02	0,57±0,02*(1)
Пик А, м/с	0,47±0,02	0,51±0,01	0,54±0,01*(1)

Примечание: * – различия статистически значимы ($p < 0,05$), в скобках указано – по сравнению с какими группами.

В нашем исследовании отмечена тенденция: прогрессирующее нарастание объема ЛЖ сопровождалось повышением нагрузки на его внутреннюю стенку, о чем свидетельствовало наблюдавшееся статистически значимое увеличение миокардиального стресса. Значимые нарушения диастолической функции ЛЖ были зарегистрированы у пациентов с прогрессирующей стенокардией и стенокардией покоя. Они заключались в трансформации нормального типа диастолического заполнения – в типы нарушенной релаксации и псевдонормальный.

Таблица 2

Показатели липидного спектра крови у больных с различными формами нестабильной стенокардии

Показатели	Впервые возникшая стенокардия, n = 29	Прогрессирующая стенокардия, n = 33	Стенокардия покоя, n = 21
ОХС, ммоль/л	4,8±0,4	5,2±0,3	7,2±0,5*(1,2)
ЛПНП, ммоль/л	3,8±0,2	4,5±0,3*(1)	6,9±0,4*(1,2)
ТГ, ммоль/л	1,21±0,1	1,57±0,3	2,38±0,2*(1,2)

Примечание: * – различия статистически значимы ($p < 0,05$), в скобках указано – по сравнению с какими группами.

Группа пациентов со стенокардией покоя отличалась преобладанием по уровню ОХС не только существующие нормативы, но и уровень гиперлипидемии у 2 группы больных с прогрессирующей стенокардией. У пациентов с впервые возникшей стенокардией не отмечен выход уровня липидов крови из пределов нормы. Это позволяет предположить более раннюю стадию атеросклеротического процесса и более благоприятный прогноз у данной группы больных.

Во второй группе (прогрессирующая стенокардия) были замечены статистически значимые различия с первой (впервые возникшая стенокардия) только по уровню ЛПНП.

В ходе проведенного исследования выявлена корреляция между повышенным уровнем ОХС, ЛПНП крови и наличием эксцентрического типа ремоделирования миокарда.

Выводы.

1. Наиболее выраженные процессы перестройки левого желудочка с развитием его дилатации (как в систолу, так и в диастолу), дисфункции (систолической и диастолической) и выраженным внутримышечным напряжением характерны для больных стенокардией покоя.

2. Для больных с нестабильной стенокардией более ранним критерием дислипидемии можно считать увеличение уровня ЛПНП, которое наблюдается уже у пациентов с прогрессирующей стенокардией, тогда как при стенокардии покоя превышены (и достоверно различаются с другими формами нестабильной стенокардии) уровни и ЛПНП, и ОХС.

3. Отмечены характерные изменения функции левого желудочка. При прогрессирующей стенокардии – диастолическая дисфункция (тип замедленной релаксации); при стенокардии покоя – диастолическая (тип замедленной релаксации и псевдонормальный) и систолическая дисфункция. У пациентов с впервые возникшей стенокардией структурно-функциональные изменения мало выражены.

Литература

1. Алехин М.Н., Б.А. Сидоренко Б.А. Современные подходы к эхокардиографической оценке диастолической функции левого желудочка сердца // Кардиология. №1. 2010. С. 72–77.
2. Беленков Ю.Н. Дисфункция левого желудочка у больных ИБС: современные методы диагностики, медикаментозной и немедикаментозной коррекции / Русский медицинский журнал. 2008. Т. 8. №17. С. 685–693.
3. Беленков Ю.Н., Оганов Р.Г. Кардиология. Национальное руководство. М. 2007. С. 1231.
4. Боева О.И. Клинико-генетическая модель двухлетнего прогноза у больных, перенесших эпизод обострения ишемической болезни сердца / Вестник новых медицинских технологий. 2008. Т. XV, №2. С. 68–70.
5. Ибраимова С.С., Хачиров Дж.Г., Хасаев А.Ш. Смертность и относительный риск умереть от инфаркта миокарда в сельской местности Республики Дагестан // Вестник новых медицинских технологий. 2007. Т. XIV, №4. С. 186–188.
6. Кухарчук В.В., Бубнова М.Г., Л.И. Кателницкая и др. Эффективность и безопасность симvastатина у пациентов с гиперхолестеринемией (результаты многоцентрового клинического исследования) / Кардиология. №5. 2003. С. 42–47.
7. Латфуллин И.А., Ким З.Ф. Острый коронарный синдром с депрессией сегмента ST на ЭКГ: новый взгляд на старую проблему // Кардиология. №1. 2010. С. 51–61.
8. Ощепкова Е.В. Смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации в 2001–2006 гг. и пути по ее снижению // Кардиология. №2. 2009. С. 67–72.
9. Прибылов С.А., Бойкова И.О., Овсянников А.Г., Курбаков Н.Н. Эндотелиальная дисфункция и липидный спектр крови у женщин в постменопаузе после инфаркта миокарда в зависимости от наличия артериальной гипертензии // Вестник новых медицинских технологий. 2007. Т. XIV, №4. С. 69–72.
10. Сусеков А.В., Горнякова Н.Б., Зубарева М.Ю. с соавт. Двойное ингибирование холестерина – новый подход к эффективному контролю гиперлипидемии и атеросклероза // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2009. №8. С. 98–110.
11. Чернов С.А. Нестабильная стенокардия: особенности патогенеза и лечения // Российский кардиологический журнал. №1. 2002. С. 4–9.

STRUCTURALLY FUNCTIONAL REMODELING OF THE LEFT VENTRICLE AT PATIENT WITH UNSTABLE ANGINA AGAINST THE BACKGROUND OF ALTERNATIONS OF THE LIPIDS BLOOD

Z.M. AGMADOVA, A.N. KALLAEVA

Dagestan state medical academy

Patients with an unstable angina are a heterogeneous group with different forms of illness. It represents practical interest to research of structurally functional indicators of the myocardium and lipids blood at this contingent of patients. 83 patients with various forms of an unstable angina are examined. Measurements were spent by means of an echocardiography and biochemistry analysis of lipids blood, indicators were standardized. The most expressed structurally functional changes (with development dilatation of the left ventricle, infringement of systolic and its diastolic function) were observed in group of patients with a stenocardia of rest. Smaller (infringement of diastolic function and a tendency to dilatation of the left ventricle) – at patients with a progressing stenocardia. Expressiveness of structurally functional changes was correlated with the raised level of lipids blood.

Key words: unstable angina, structurally functional indicators of the myocardium, lipids blood.

УДК: 616.5-002.525.4-08

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ФОСФОГЛИВОМ ГРУППЕ БОЛЬНЫХ ЭРИТЕМАТОЗНО-ПАПУЛЕЗНОЙ ФОРМОЙ РОЗАЦЕА

О.В. КОБЦЕВА*, Л.В. СИЛИНА*, С.М. ЯЦУН**, Н.Г. ФИЛИППЕНКО*, А.Е. ПУЛИКОВ*

Под нашим наблюдением находилось 110 человек, больных розацеа. У больных была отмечена трансформация качества жизни, оцененная специальными шкалами, опросниками, анкетами и индексами. Нами было выявлено значительное снижение составляющих цифровое значение показателя качества жизни у больных розацеа. Применение балльной оценки в настоящем исследовании выявило психоэмоциональные нарушения у больных розацеа, наиболее часто встречаемые в практике. Проведение анализа полученных результатов используемой методики опроса как одного из компонентов многостороннего обследования респондентов, показало, что комплексная методика с применением фосфоглива более эффективна, чем лечение по традиционной схеме.

Ключевые слова: розацеа, розовые угри, фосфоглив, психоэмоциональные нарушения.

Розацеа (розовые угри) – это неинфекционное, хроническое воспалительное заболевание кожи лица, имеющее полиэтиологическую природу и характеризующееся стадийностью клинических проявлений, частым покраснением, телеангиэктазиями, персистирующей эритемой, с эпизодами воспаления, появлением пустул, папул и редко узлов. В более тяжелых случаях может развиваться гипертрофия. Данный дерматоз относится к заболеваниям лиц среднего возрастного периода – периода максимальной социальной и физической активности [1,2]. Первые признаки розацеа могут отмечаться в возрасте 25-35 лет и достигать яркой клинической выраженности к 40-55 годам жизни. По данным разных авторов считается, что чаще розацеа страдают женщины, что может отчасти объясняться более пристальным вниманием женщин к своей внешности, ранней их обращаемостью к специалисту-дерматологу, причем на разных стадиях заболевания [3,4]. Мужчины же, как правило, обращаются к врачу на поздних стадиях развития болезни, с выраженной клинической симптоматикой, трудно поддающейся терапии – с пустулезно-кистозной формой, ринофимой, солидным отеком лица.

Этот патологический процесс характеризуется хроническим, рецидивирующим течением, часто принимает персистирующий, устойчивый к проводимой терапии характер. При розацеа, в отличие от многих других кожных заболеваний, поражается кожа лица. Лицо является одним из главных и основных звеньев межличностной и социальной коммуникации. Именно поэтому, данное заболевание существенно влияет на психоэмоциональное состояние пациентов и их отношением к окружающей жизни. Больные находятся в состоянии хронического стресса и социальной дезадаптации, а также имеют различные психовегетативные нарушения, наличие косметического дефекта на коже лица поддерживает психотравмирующую ситуацию и вызывает целый ряд проблем, которые максимально утяжеляют межличностные и психо-социальные отношения, способствуют снижению качества жизни у больных розацеа [2,4].

В настоящее время известно, что Устав Всемирной организации здравоохранения характеризует здоровье человека как состояние полного физического и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней и физических недостатков. Поэтому положительный результат от проведения терапии возможен не только за счет улучшения или полного восстановления физического статуса индивидуума, но и с учетом его воздействия на психо-социальное состояние. Качество жизни – это степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего социального общества, где личность находится. Это комплексное понятие, обобщающее в себе экономические, психосоциальные и медицинские аспекты. В медицинской практике однозначно признается негативное влияние именно кожной патологии на качество жизни человека. Большое количество исследований качества жизни в группах больных папулезными и зудящими дерматозами с хроническим, часто рецидивирующим течением выявили серьезные проблемные трансформации, включающие в себя такие параметры, как-то: изменение эмоциональной реактивности и социальную изоляцию, нарушение аппетита, сна, работоспособности, проблемы общения личности как в рабочем коллективе, так и в семье. Эти изменения

* Курский государственный медицинский университет.

** Курский государственный университет.