

го исследования выявлены определенные различия в характере контактных межклеточных взаимодействий у одноядерных и многоядерных Мф и Фб. Результаты исследования могут быть использованы как методическая основа для изучения некоторых аспектов межклеточных взаимодействий между Мф и Фб при гранулематозном воспалении.

ОБЩИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ СПАСТИЧНОСТИ

Королев А.А., Сулова Г.А.

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург, e-mail: koroland.dok@mail.ru

Для лечения постинсультной спастичности применяются различные виды терапии. Всем больным со спастичностью можно рекомендовать физиотерапию, активные движения в парализованных конечностях, а при их невозможности – пассивные для предупреждения контрактур.

Для лечения спастичности нередко используют пероральные лекарственные средства – центральные миорелаксанты. Лечение начинают с минимальной дозы препарата, затем постепенно ее повышают до достижения эффекта. Увеличение дозы антиспастических средств нередко приводит к побочным эффектам: общей мышечной слабости и седативному действию. Антиспастические средства обычно не комбинируют. Отменяют препараты постепенно из-за опасности выраженного синдрома отмены. В целом, применение пероральных антиспастических средств только у части больных улучшает двигательные функции, а нередко у ходячих больных приводит даже к временному ухудшению состояния и ходьбы вследствие снижения мышечного тонуса, поскольку спастичные мышцы конечностей выполняют важную опорную функцию при ходьбе. Тем не менее, миорелаксанты могут облегчить уход за обездвиженными больными, снять болезненные мышечные спазмы, усилить действие физиотерапии и вследствие этого предупредить развитие контрактур.

Возможно введение баклофена в субарахноидальное пространство спинного мозга с помощью специального имплантированного насоса, что позволяет избежать нежелательных побочных эффектов от его перорального применения, однако это сравнительно дорогостоящая нейрохирургическая операция, имеющая определенный риск осложнений и требующая регулярного мониторинга.

Нейрохирургические методы лечения спастичности включают операции на головном мозге (стереотактические), спинномозговых корешках (селективная ризотомия), периферических нервах (нейротомия). Они не нашли широкого применения, поскольку связаны с риском воз-

никновения чувствительных расстройств, болей, парестезий и нарушения функции тазовых органов. Чаще используются ортопедические операции на мышцах и их сухожилиях, однако они приводят к необратимым изменениям и эффективны только у небольшой части больных со спастичностью.

Инъекция этанола или фенола в спастическую мышцу дает быстрый и длительный эффект в виде снижения повышенного мышечного тонуса. Это сравнительно дешевый метод лечения. Однако, инъекция болезненна, после нее возникает необратимое повреждение мышечной ткани, часто наблюдаются побочные эффекты: хроническая болевая дизестезия, местные изменения мышцы и сосудистые реакции. Нет плацебо-контролируемых исследований, доказавших эффективность инъекций фенола и алкоголя, поэтому эти методы не получили широкого распространения.

В последние годы инъекции ботулинического токсина все чаще применяются при лечении постинсультной спастичности. В сравнении с имеющимися методами лечения спастичности локальное применение ботулотоксина имеет ряд несомненных преимуществ. Во-первых, лечение хорошо переносится и не связано с риском серьезных осложнений. Во-вторых, возможен выбор одной или нескольких мышц для инъекций и подбор дозы препарата, обеспечивающей желаемую степень расслабления. В целом все сказанное свидетельствует о перспективности использования препаратов ботулотоксина для лечения постинсультной спастичности.

РОЛЬ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПЕЧЕНИ И ПОЧЕК В ПРОГНОЗИРОВАНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Костюченко М.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, e-mail: boxmarina@yandex.ru

Развитие гепаторенальной дисфункции в раннем послеоперационном периоде значительно утяжеляет его течение, удлиняет сроки восстановления и ухудшает прогноз. Изучение резервных возможностей печени и почек у больных с острой хирургической патологией является актуальным для своевременной профилактики и лечения их дисфункции.

Цель: изучить нарушения функции печени и почек, оценить их функциональный резерв и предложить схемы профилактики гепаторенальных дисфункций при острой абдоминальной хирургической патологии.

Материал и методы. Наблюдали 244 пациента с острой абдоминальной хирургической

патологией, потребовавшей экстренного оперативного вмешательства. Всем пациентам в до- и послеоперационном периоде проводили мониторинг функций печени и почек. Оценивали биохимические параметры (белок, альбумин, фибриноген, мочевины, креатинин, АЛТ, АСТ, билирубин, K^+ , Na^+), ультразвуковые, в т.ч. доплерографические, определяли функциональный резерв (ФР) печени и почек, тяжесть хирургического эндотоксикоза.

Результаты. Высокий и средний функциональный резерв выявлен у 24,9% пациентов (ФР почек составил в среднем $56,7 \pm 45,8\%$, ФР печени – $1,83 \pm 0,13$). У 75,1% отмечено снижение и практически отсутствие функционального резерва (ФР почек – $35,2 \pm 18,4\%$, ФР печени – $1,23 \pm 0,06$). Истощение функционального резерва наблюдали у больных со II и III степенью тяжести эндотоксикоза, у пациентов гериатрического возраста с сопутствующей патологией печени и почек. При исходно низком функциональном резерве печени и почек срыв компенсации и развитие гепаторенальной дисфункции происходили быстрее.

Выводы. У больных с острой абдоминальной хирургической патологией в раннем послеоперационном периоде отмечается снижение функционального резерва печени и почек, что коррелирует с тяжестью гепаторенального синдрома и степенью хирургического эндотоксикоза.

ОЦЕНКА РОЛИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Кузнецова А.В., Тепляков А.Т.

*НИИ кардиологии СО РАМН, Томск,
e-mail: kuznecova-alla@list.ru*

Цель исследования. Оценить роль инсулинорезистентности (ИР) у больных сахарным диабетом типа 2 (СД) после эндоваскулярной реваскуляризации стентами с лекарственным покрытием.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 99 больных с ИБС и сопутствующим СД типа 2. У 61 (62%) пациента коррекция углеводного обмена осуществлялась с помощью медикаментозной терапии, из них 7 находилось на инсулинотерапии, остальные больные соблюдали гипогликемическую диету. Пациенты были распределены на две группы в зависимости от наличия ИР. В первую группу вошло 53 пациента, у которых не отмечалась ИР, во 2-ю группу – пациенты с наличием синдрома ИР. Всего было имплантировано 135 стентов. Сравнивали частоту развития сердечно-сосудистых событий (смертность, инфаркт миокарда, повторная реваскуляризация миокарда), а также возобновление стенокардии в последующие 12 мес. после эндо-

васкулярного вмешательства. Метаболический контроль осуществлялся по динамике в крови уровня глюкозы натощак и постпрандиальной гликемии, инсулина. Определение индекса ИР (НОМА – IR) проводилось по формуле: $НОМА - IR = \text{инсулин плазмы натощак (мкЕД/мл)} * \text{глюкоза плазмы натощак (ммоль/л)} / 22,5$.

Результаты. Среди больных, у которых не было выявлено синдрома ИР, стенокардия возобновилась у 9 (17%) больных, 2 (3,8%) пациента подверглись коронарному шунтированию, 3 (5,7%) больных – повторному эндоваскулярному вмешательству. Во 2-й группе рецидив стенокардии имел место у 17 (37,8%) больных, при этом у 2 (4,4%) пациентов документирован крупноочаговый инфаркт миокарда, 1 (2,2%) больной подвергся коронарному шунтированию, 10 (22,2%) пациентов – повторному стентированию.

Заключение. Таким образом, использование стентов с лекарственным покрытием у больных ИБС с СД без синдрома ИР позволяет снизить частоту развития серьезных сердечно-сосудистых событий в последующие 12 мес. после эндоваскулярного вмешательства с 28,9 до 9,4%, а также частоты рецидивов стенокардии с 37,8 до 17%.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ERCC2/XPD У ЖИТЕЛЕЙ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Минина В.И.

*Учреждение Российской академии наук Институт
экологии человека СО РАН, Кемеровский
государственный университет, Кемерово,
e-mail: vminina@mail.ru*

Ген ERCC2/XpD (excision repair cross-complementing rodent repair deficiency, complementation group 2 [xeroderma pigmentosum D]) локализован на хромосоме 19q32.2 и кодирует АТФ-независимую хеликазу, участвующую в эксцизионной репарации нуклеотидов. Ген содержит 23 экзона. Было идентифицировано несколько полиморфизмов в кодирующей части гена, приводящий к аминокислотным заменам: Ile199Met (C/G), His201Tyr, Ile199Met (C/G), His201Tyr (C/T), Asp312Asn (G/A) и Lys751Gln (A/C). Замена (A35931C) приводящая к Lys751Gln меняет конфигурацию белка и может влиять на его взаимодействие с хеликазным активатором p44 [3]. Функциональное значение вариантов ERCC2 не вполне ясно, но показано, что некоторые варианты могут быть ассоциированы с уменьшением репаративной способности [1, 2].

Большое число исследований посвящено анализу ассоциаций полиморфных вариантов данного гена и риска рака различных локализаций: головы и шеи [7], легких [8], молочной железы и др. [4]. Минорные варианты ERCC2 Lys751Gln широко распространены у представителей белой расы и значительно реже встречается у азиатов.

Значимость ассоциаций полиморфизма ERCC2/XPD с риском рака различных локали-