

А.Б. Савченко, Н.В. Петряевская // Физиол. журн. СССР. – 1988. – Т. 74, № 9. – С. 1249–1256.

2. Лебедев В.П. Участие опиоидных и других медиаторных механизмов в регуляторных функциях антиноцицептивной системы мозга при ее транскраниальной активации // 15 съезд Всесоюз. физиол. о-ва им. И.П. Павлова : тез. докл. – Кишинёв, 1986. – Т. 1. – С. 162–163.

3. Лопухин Ю.М. Экспериментальная хирургия. – М.: Медицина, 1971. – 346 с.

4. Ноздрачев, А.Д. Анатомия крысы. – СПб.: Лань, 2001. – 464 с.

5. Моделирование церебральной ишемии посредством коагуляции средней мозговой артерии у крыс / А.И. Трофименко, А.Х. Каде, В.П. Лебедев и соавт. // Жур. фундаментальные исследования. – 2012. – № 2. – С. 215–218.

6. Yanlin Wang-Fischer Manual of stroke models in rats // PressTaylor & Francis Group. – 2008. – 352 p.

Медицинские науки

РАННЯЯ ПРЕДИКЦИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Николаев Н.А., Бунова С.С., Елисеева И.П., Колбина М.В., Ливзан М.А.

ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Росздрава, Омск,
e-mail: niki67@mail.ru

Актуальной проблемой практического здравоохранения является высокая частота заболеваний, неблагоприятно влияющих на состояние эндотелия и дестабилизирующих систему гемостаза. К таким заболеваниям, в первую очередь, следует отнести ишемическую болезнь сердца (ИБС) и сахарный диабет. Сочетание ИБС и сахарного диабета типа 2 (СД-2) существенно повышает частоту развития тромботических осложнений и является еще более прогностически неблагоприятным. В этой связи становится востребованным внедрение в клиническую практику методов раннего выявления больных с повышенным риском тромбообразования.

Таким специфическим высокочувствительным лабораторным маркером является D-димер. Будучи одним из главных показателей глобальной активации системы гемостаза, D-димер характеризует как синтез фибрина, так и его деградацию. Однако оставалась невыясненной его диагностическая ценность при применении у больных с сочетанной патологией (ИБС и СД-2), способной комплексно и разноуровнево влиять на систему гемостаза. В результате выполненного исследования установлено, что изменение уровня D-димера является статистически значимым диагностическим признаком гиперкоагуляции и эндотелиальной дисфункции у этой категории больных, и способно характеризовать интенсивность патологических процессов, протекающих с фибринолизом. Количественное определение D-димера методом латексной агглютинации у больных ИБС в сочетании с СД-2 позволяет количественно оценить риск развития жизнеугрожающих гиперкоагуляционных осложнений, охарактеризовать угрозу тромбообразования в момент исследования, является инструментом оперативного контроля

над качеством антиагрегантной и гипокоагуляционной терапии.

Важной является и доступность метода. Определение D-димера методом латексной агглютинации является рутинным, легко воспроизводимым, недорогим и унифицируемым методом. По соотношению цена/качество/временные затраты определение D-димера приемлемо для скринингового применения как на этапе стационарного лечения больного, так и в амбулаторно-поликлинических условиях.

По нашему мнению, дальнейшие исследования D-димера, как раннего предиктора тромбоэмболических осложнений, должны быть направлены на выработку клинико-диагностических критериев его определения (разработка диапазона критических значений, оценка влияния потенциально лимитирующих факторов: пола, возраста и расовой принадлежности пациентов, сопутствующей патологии, физиологических состояний и проводимой терапии).

ДЫХАТЕЛЬНАЯ ПРОБА В ОЦЕНКЕ РЕАКЦИИ МИКРОСОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Полунин А.А., Воронина Л.П., Полунин А.И., Мирошников В.М.

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань, e-mail: admed@yandex.ru

Цель. Оценить реакцию регионарных микрососудов на симпатическую стимуляцию у больных хроническим простатитом в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы исследования. Обследованы пациенты с хроническим простатитом (бактериальным и застойным) и ишемической болезнью сердца: стенокардия напряжения 2-3 ФК, ХСН I. Первую группу составили 26 больных хроническим бактериальным простатитом (БХП) в сочетании с ИБС. Вторую группу составили 52 пациента с хроническим застойным простатитом (ЗХП) в сочетании с ИБС. В третью группу вошли 42 больных ИБС без хронического простатита. Исследование функционального состояния сосудистого эндотелия осуществлялось методом лазерной доплерографической флоуметрии.

Результаты. Проанализировав реакцию регионарных микрососудов на симпатическую стимуляцию (в ходе дыхательной пробы) в группах больных БХП и ЗХП в сочетании с ИБС, мы выявили статистически значимо меньшее снижение показателя микроциркуляции, по сравнению с группой больных БХП ($p < 0,05$) и с группой соматически здоровых лиц ($p < 0,001$). В группе больных ЗХП с ИБС снижение показателя микроциркуляции было значимо менее выраженным, чем в группе больных БХП с ИБС. Выявленные изменения указывали на снижение спастической симпатической реакции микрососудов при сочетании БХП и ЗХП с ИБС. Особенно выраженное снижение регионарной микрососудистой реактивности выявлялось у больных ЗХП с ИБС, что отражало наслоение застойных явлений в микрососудах на системные расстройства микроциркуляции, свойственные ИБС. После лечения большего снижения показателя микроциркуляции в ходе пробы у больных БХП с ИБС не отмечалось, и показатель оставался значимо меньшим, чем в группе соматически здоровых лиц и в группе больных БХП. У больных ЗХП с ИБС также большего снижения показателя микроциркуляции в ходе дыхательной пробы, по сравнению с данными до лечения и данными в группе больных ИБС, не отмечалось ($p > 0,05$), при наличии значимых различий с данными в группе соматически здоровых лиц ($p < 0,001$) и данными в группе БХП после лечения.

Выводы. Выявлено усугубление нарушений местной микрососудистой реактивности при сочетании хронического простатита и ишемической болезни сердца.

ВЛИЯНИЕ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА НА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Полунина О.С., Воронина Л.П., Полунина В.А.,
Севостьянова И.В., Любченко Н.А.

*Астраханская государственная медицинская
академия, Астрахань, e-mail: admed@yandex.ru*

Цель исследования. Провести анализ зависимости активности процессов перекисного окисления липидов, белков и антиоксидантной защиты (АОЗ) от длительности обострения бронхиальной астмы (БА).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 120 пациентов в возрасте от 25 до 60 лет с верифицированным диагнозом: Бронхиальная астма смешанного генеза. Диагноз пациентам выставлялся на основании критериев GINA, с использованием материалов «Глобальной стратегии лечения и профилактики бронхиальной астмы» (2006).

Результаты исследования. Проанализировав активность процессов перекисного окисления липидов, белков и АОЗ в зависимости от длительности обострения, мы установили, что в группе пациентов с длительностью обострения до 7 дней в приступном периоде отмечалось лишь некоторое ($p = 0,039$) снижение активности супероксиддисмутазы (СОД). Уровень мочевой кислоты (МК) не только не повышался, но и был статистически значимо ниже, чем в группе контроля. В группе больных БА с обострением 8-14 дней наблюдалось статистически значимое увеличение уровня ТБК-активных продуктов и карбонильных производных (КП) ($p = 0,009$; $p = 0,044$) и снижение активности СОД ($p = 0,001$), однако уровень МК не имел статистически значимых различий с группой контроля ($p = 0,068$). В группе больных БА с длительностью обострения 15 и более дней отмечалось как повышение уровня ТБК – активных продуктов ($p < 0,001$) и КП, так и повышение уровня МК ($p = 0,021$) на фоне снижения активности СОД ($p < 0,001$).

Выводы. Исследуя уровень оксидативного стресса и состояние АОЗ можно косвенно осуществлять прогноз длительности приступного периода. Так, у пациентов с нормальным уровнем ТБК-активных продуктов, КП, сниженным уровнем МК и снижением активности СОД можно предположить краткость приступного периода (менее недели), что позволяет ограничиться щадящими схемами терапии. У больных БА с повышенным уровнем ТБК-активных продуктов, КП, сниженной активностью СОД и нормальным уровнем МК можно прогнозировать среднюю продолжительность приступного периода (до 2 недель), а у больных БА с повышенным уровнем ТБК-активных продуктов, КП, сниженной активностью СОД и повышенным уровнем МК – длительный приступный период (более 2 недель).