

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ
Всероссийских научно-практических конференций
с международным участием
«Фундаментальные и прикладные исследования
в педиатрии и детской хирургии»
и
«Внутренние болезни: традиции и инновации
в диагностике, лечении и реабилитации»



Десятая Муза
Саратов-Москва
2017

УДК 617-089

ББК 54.5

С 23

С 23 **Сборник научных трудов Всероссийских научно-практических конференций с международным участием «Фундаментальные и прикладные исследования в педиатрии и детской хирургии» и «Внутренние болезни: традиции и инновации в диагностике, лечении и реабилитации».** – Саратов-Москва: Издательство «Десятая Муза», 2017. – 64 с.

ISBN 978-5-9909449-7-8

Материалы конференции будут интересны широкому кругу врачей - терапевтам, аллергологам, педиатрам, инфекционистам, гастроэнтерологам, неврологам, кардиологам, иммунологам, неонатологам, пульмонологам, нефрологам, иммунологам и др.

Техническая организация конференции:

Агентство CONNECT

z.konf@connect-company.ru

ISBN 978-5-9909449-7-8

© Коллектив авторов, 2017

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Горячева Светлана Александровна, к.м.н., ассистент Амурской государственной медицинской академии, Россия, г. Благовещенск

Приходько Ольга Борисовна, д.м.н., доцент Амурской государственной медицинской академии, Россия, г. Благовещенск

Кострова Ирина Владимировна, к.м.н., ассистент Амурской государственной медицинской академии, Россия, г. Благовещенск

COURSE AND OUTCOME OF PREGNANCY IN PATIENTS WITH ASTHMA

Svetlana Goryacheva, Ph.D., Associate Professor, Amur State Medical Academy, Russia, Blagoveshchensk

Olga Prikhodko, Doctor of Medical Sciences, Amur State Medical Academy, Russia, Blagoveshchensk

Irina Kostrova, Ph.D., Associate Professor, Amur State Medical Academy, Russia, Blagoveshchensk

Аннотация: Бронхиальная астма (БА) относится к наиболее неблагоприятным сопутствующим заболеваниям при беременности и приводит к большому количеству осложнений, как в период беременности, так и в родах, что определяет в конечном итоге состояние новорожденного. Изучались особенности течения БА у наблюдавшихся беременных, анамнестические, клинические, лабораторные и данные функциональных исследований, течение и осложнения беременности, состояние плода и новорожденных.

Беременность в большинстве случаев ухудшает течение БА. Частота гестационных осложнений увеличивается при неудовлетворительном уровне контроля БА. Патология неонатального периода у детей чаще проявляется гипотрофией, задержкой внутриутробного развития и хронической внутриутробной гипоксией.

Abstract Text: Asthma belongs to the most adverse comorbidities during pregnancy and leads to a large number of complications, both during pregnancy and during labor, which determines eventual status of the newborn. The features of asthma in observed pregnant women; anamnestic, clinical, lab data and data of the functional examinations; course and complications of pregnancy, fetal status and neonatal outcomes of previous pregnancies and childbirths were studied. Pregnancy

worsens the asthma in majority of cases. The frequency of gestational complications increases with unsatisfactory of asthma control. The pathology of neonatal period in children usually manifests as hypotrophy, intrauterine growth retardation and chronic intrauterine hypoxia.

Ключевые слова: бронхиальная астма, беременность, исходы беременности.

Keywords: asthma, pregnancy, pregnancy outcome.

Бронхиальная астма относится к одному из самых распространенных заболеваний дыхательных путей [13]. Патология органов дыхания относится к наиболее неблагоприятным сопутствующим заболеваниям при беременности и приводит к большому количеству осложнений, как в период беременности, так и в родах. Среди беременных бронхиальная астма встречается в среднем в 4% случаев [1,2,6]. Несмотря на то, что существует определенная обеспокоенность по поводу использования фармакологических средств во время беременности, показано, что обострения и неудовлетворительный контроль симптомов ассоциированы с рядом негативных эффектов на плод и менее благоприятными исходами для ребенка (внутриутробная гипоксия, хроническая плацентарная недостаточность, преждевременные роды, низкая масса тела новорожденного, повышенная перинатальная смертность) [4,6,11]. Отмечают большую частоту осложнений беременности у женщин с тяжелым течением астмы (гестоз, преэклампсия, слабость родовой деятельности, преждевременные роды) [2,7].

Беременность по-разному влияет на течение БА, что проявляется, в равной степени, улучшением, ухудшением или стабильным течением заболевания [3,14]. Ряд авторов рассматривают БА и беременность как взаимно отягчающие состояния [5,10,12]. На протяжении беременности степень тяжести и уровень контроля заболевания могут изменяться, что определяет необходимость регулярного наблюдения и подбора адекватной терапии данной категории больных [2,8,9].

Целью нашей работы явилось изучение клинических особенностей течения БА у беременных, выявление осложнений беремен-

ности и оценка состояния новорожденных.

Для реализации поставленной цели нами было проанализировано течение беременности, родов и состояние новорожденных у 80 больных БА. Контрольную группу составили 30 беременных без сопутствующей патологии. Возраст беременных на момент обследования составил $25,6 \pm 0,5$ лет. Анализ возрастных характеристик показал, что большинство больных БА находились в зрелом детородном и трудоспособном возрасте, что соответствовало и группе контроля. Социально-экономический статус в основной группе у большинства пациенток был удовлетворительным (70%). В качестве сопутствующих, у больных БА, были зарегистрированы следующие заболевания: наиболее часто встречался хронический бронхит - 38,8%; у 15% выявлена патология желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, язвенная болезнь, хронический панкреатит, хронический холецистит); у 26,3% патология мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит, хронический цистит); у 20% хронические заболевания ЛОР-органов (хронический тонзиллит, хронический гайморит), у 26,2% больных БА сочеталась с эутиреоидным увеличением щитовидной железы, ожирением. Более чем у половины беременных имелось сочетание двух и более заболеваний. На протяжении последних лет активно изучается влияние активного и пассивного курения на течение БА, при этом следует отметить, что, несмотря, на наступившую беременность, среди обследованных нами пациенток, факт продолжения курения подтвердили 40% беременных, указывая на стаж курения до 5 лет, а более 5 лет – 7,5% женщин.

Изучались особенности течения БА и ХОБЛ у наблюдавшихся беременных, анамнестические, клинические, лабораторные и данные функциональных исследований, течение и осложнения беременности, состояние плода и новорожденных.

По степени тяжести мы разделили беременных на три группы, первая – 27 пациенток с легким персистирующим течением астмы, вторая – 39 со среднетяжелым персистирующим течением БА и 14 - с тяжелым персистирующим течением БА. Среди обследованных больных БА во всех группах большинство женщин отметили

ухудшение течения заболевания на фоне беременности, особенно с тяжелым течением БА у 10 (71,4%) пациенток. В первой и второй группах утяжеление отмечали 11 (40,7%) и 17 (43,5%) беременных соответственно. Улучшение течения БА в первой группе выявлено в 6 (22,2%), во второй в 4 (10,3%) случаях. Остальные беременные изменений в течении БА не отметили.

Снижение уровня контроля БА отмечено ко второму триместру, что можно объяснить физиологическими изменениями в организме женщины, происходившими с ростом плода, гормональными изменениями, приводящими к гиперреактивности бронхов, так и снижением или поной отменой приема В третьем триместре в группе с легким течением БА уменьшались симптомы заболевания. В группе больных БА средней степени тяжести отмечалась стабилизация в течение заболевания, что проявлялось снижением количества обострений. У больных с тяжелым течением БА симптомы БА сохранялись в течение всего периода гестации.

Обострения БА чаще возникали на 6-8, 18-20, 24-28 и 32-34 неделях беременности. При этом практически все больные БА с наступлением беременности прекращали или значительно сокращали прием базисных противовоспалительных препаратов, опасаясь эмбриотоксического и тератогенного действия на плод.

В связи с утяжелением симптомов астмы четырем пациенткам третьей группы по медицинским показаниям прервали беременность, при сроках беременности 9,19, 24 и 25 недель.

Анализ течения беременности у обследованных больных БА указывает на высокую частоту гестационных осложнений. Частота осложнений увеличивалась со степенью тяжести БА. В сравнении с контрольной группой такие осложнения как угроза прерывания беременности, гестоз, хроническая фетоплацентарная недостаточность и хроническая внутриутробная гипоксия плода у больных БА преобладают в 2 и более раза, анемия беременной в 1,6 раза.

Нами прослежено течение родов у 32 беременных с БА. Анализ перинатальных исходов показал, что бронхообструктивная патология является одной из основных причин осложнений беременности и родов для матери и плода. У больных БА имели место преждевременные роды в 12,5% случаев. Отмечено, что в группах

больных БА в 53,1% случаев имело место оперативное родоразрешение, при этом беременным с тяжелым течением БА в 100% случаев, поводом для этого явилось у 5 пациенток утяжеления симптомов астмы, причем троих родоразрешили досрочно при сроке 36 недель в связи с присоединением гестоза, у 3 женщин – сочетание тяжелых форм гестоза и обострения БА, у 1 дородовое излитие околоплодных вод при сроке 28 недель и у 1 отсутствие родовой деятельности при сроке 40 недель.

Прогрессирующие формы гестоза диагностированы у больных с тяжелым течением БА, что можно объяснить развитием вторичной глюкокортикоидной недостаточности. При этом отмечались умеренные и значительные нарушения функции внешнего дыхания. Результаты наших исследований подтверждают высокий процент угрозы прерывания беременности у больных БА - 35, гестозов - 47,5%, фетоплацентарной недостаточности – 48,7% гипоксии плода – 46,2%. Наряду с этим нами не получено данных, свидетельствующих о высокой частоте преждевременных родов и перинатальной смерти плода.

Высокий уровень осложненного течения беременности и родов определяет в конечном итоге состояние новорожденного. Средняя масса тела детей при рождении была ниже в группе больных с тяжелым течением БА на 25%, чем в группе сравнения.

Среди выявленной патологии неонатального периода у детей, рожденных от матерей больных БА легкого, среднетяжелого течения преобладают поражения ЦНС.

Внутриутробное инфицирование в 1,5-2 раза выше в группах больных, чем в группе контроля, что можно объяснить большой частотой вирусных и бактериальных заболеваний, так, ОРВИ отмечены у 37,5% больных БА. Задержка внутриутробного развития и кардиопатии превышали значения группы контроля в 2-5 раз. Респираторный дистресс-синдром и асфиксия отмечены только в основных группах, что можно объяснить большим количеством сопутствующей патологии: ХВУГ, поражением ЦНС, ЗВУР, гипоксии в результате обвития пуповины вокруг шеи плода, причем большинство рожденных в состоянии асфиксии выявлены в группе больных БА тяжелого течения – 40%.

Таким образом, беременность в большинстве случаев ухудшает течение БА и приводит к перинатальным осложнениям. Частота осложнений увеличивается со степенью тяжести БА. Неадекватное лечение астмы, в основном, заключающееся в купировании обострений, фактор курения, социально-экономический статус, наличие хронических очагов инфекции требуют активизации комплексного подхода пульмонологов, аллергологов, перинатологов, терапевтов женских консультаций и перинатальных центров к женщинам, имеющим в анамнезе БА, на этапе подготовки к планированию и наступлению беременности. Статус контроля астмы и обострений играет важную роль, с момента наступления беременности и на протяжении всего периода гестации, для профилактики осложнений беременности и родов.

Литература

1. Динамика течения легкой персистирующей бронхиальной астмы у беременных / А.Ф. Бабцева, О.Б. Приходько, Е.Б. Романцова, Ю.С. Ландышев, И.В. Кострова //Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2012. - № 46. - С. 39-43.
2. Горячева, С.А. Внутрисердечная гемодинамика, легочный кровоток и функция внешнего дыхания у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких в различные периоды беременности: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.25 / Горячева Светлана Александровна. - Благовещенск, 2009. - 142 с.
3. Особенности клинического течения бронхиальной астмы у курящих беременных / А.С. Зенкина, О.Б. Приходько, А.Ф. Бабцева, Романцова Е.Б.// В сборнике: Материалы VI Съезда врачей-пульмонологов Сибири и Дальнего Востока. - 2015. - С. 36-39.
4. Ландышев, Ю.С., Горячева, С.А. Клинико-функциональные особенности течения бронхиальной астмы и хронического обструктивного бронхита у беременных / Ю.С. Ландышев, С.А. Горячева // Дальневосточный медицинский журнал. – 2007.-№3. С.35-37.
5. Лучникова, Т.А., Приходько, О.Б. Особенности социально-экономического статуса у беременных, больных бронхиальной астмой / Т.А. Лучникова, О.Б. Приходько // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. - 2015. - № 56. - С. 78-82.
6. Приходько, О.Б. Клинико-функциональные особенности бронхолегочной системы и нейровегетативной регуляции у больных бронхиальной астмой во время беременности и их влияние на потомство: автореф. дис.... д-ра мед. наук: 14.01.25 / Приходько Ольга Борисовна. - Благовещенск, 2009. - 142 с.

- шенск, 2010. – 44 с.
7. Приходько, О.Б., Бабцева, А.Ф., Романцова, Е.Б. Роль контролируемой бронхиальной астмы в развитии осложнений беременности и влияние на состояние здоровья новорожденных / О.Б. Приходько, А.Ф. Бабцева, Е.Б. Романцова // International Journal on Immunorehabilitation. - 2009. - Т. 11, № 1. - С. 38-39.
 8. Приходько, О.Б., Бабцева, А.Ф., Романцова, Е.Б. Влияние клинико-функциональных особенностей бронхолегочной системы у беременных с бронхиальной астмой на состояние потомства / О.Б. Приходько, А.Ф. Бабцева, Е.Б. Романцова // International Journal on Immunorehabilitation. - 2010. - Т. 12, № 2. - С. 114а.
 9. Отсутствие контроля бронхиальной астмы во время беременности как предиктор перинатальных осложнений / О.Б. Приходько, А.Ф. Бабцева, Е.Б. Романцова, Т.А. Лучникова, Е.И. Смородина, С.А. Горячева, И.В. Кострова // Аллергология и иммунология. - 2013. Т.14, № 3. - С.188-189.
 10. Хроническая никотиновая интоксикация у больных бронхиальной астмой во время беременности / О.Б. Приходько, А.С. Зенкина, А.Ф. Бабцева, Е.Б. Романцова, Е.И. Смородина, И.В. Кострова, С.А. Горячева // Амурский медицинский журнал. - 2016. - Т. 1, № 13. - С. 49-51.
 11. Изменения плаценты у больных бронхиальной астмой в зависимости от уровня контроля заболевания / О.Б. Приходько, А.С. Зенкина, И.В. Кострова, С.А. Горячева, Е.И. Смородина // Аллергология и иммунология. - 2016. - Т. 17, № 2. - С.134.
 12. Романцова, Е.Б., Бабцева, А.Ф., Приходько, О.Б. Медико-социальный статус беременных с бронхиальной астмой / Е.Б. Романцова, А.Ф. Бабцева, О.Б. Приходько // International journal on immunorehabilitation. - 2009. - Т. 11, №1. - С. 38а.
 13. Global Initiative for Asthma (GINA), 2014. - 147 p.
 14. Evolution clinical and epidemiological course of bronchial asthma in during pregnancy / Т.А. Luchnikova, О.В. Prikhodko, А.Ф. Babtseva, Е.В. Romantsova, М.В. Pogrebnaya, Е.И. Smородina // The 11th Sino-Russia Forum of Biomedical and Pharmaceutical Science The conference proceedings. - Harbin, 2014. - P. 166-167.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПЛАЦЕНТЕ У БОЛЬНЫХ С НЕКОНТРОЛИРУЕМЫМ ТЕЧЕНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Приходько Ольга Борисовна, д.м.н., доцент ФГБОУ ВО "Амурская государственная медицинская академия", Россия, г. Благовещенск

Кострова Ирина Владимировна, к.м.н., ассистент ФГБОУ ВО "Амурская государственная медицинская академия", Россия, г. Благовещенск

Зенкина Анна Сергеевна, аспирант ФГБОУ ВО "Амурская государственная медицинская академия", Россия, г. Благовещенск

FEATURES MORPHOLOGICAL CHANGES IN THE PLACENTA IN PATIENTS WITH UNCONTROLLED BRONCHIAL ASTHMA

Olga Prikhodko, Doctor of Medical Sciences, Amur State Medical Academy, Russia, Blagoveshchensk

Irina Kostrova, Ph.D., Associate Professor, Amur State Medical Academy, Russia, Blagoveshchensk

Anna Zenkina, postgraduate student Amur State Medical Academy, Russia, Blagoveshchensk

Резюме. Бронхиальная астма (БА) занимает ведущее место в структуре заболеваний органов дыхания у беременных женщин, что объясняет возрастающий интерес к данной проблеме во всем мире. Целью исследования явилось изучение морфологических изменений в плаценте у больных БА в зависимости от уровня контроля заболевания. Был проведен анализ плаценты 88 больных с БА различной степени тяжести, из них 51 - с отсутствием контроля БА в течение беременности; 37 - с контролируемым течением БА. При неконтролируемом течении БА достоверно чаще отмечалось развитие таких патологических состояний, как плацентарная недостаточность - в 72,5% случаев, в том числе, декомпенсированная, нарушение созревания плаценты – 21,6% случаев, циркуляторные и дистрофические изменения, что не могло не сказаться на перинатальных исходах.

Summary. Bronchial asthma (BA) has a leading position in the structure of the respiratory disease in pregnant women, which explains the growing interest in this issue worldwide. The aim of the research was to study morphological changes in the placenta in asthma patients according to the disease control level. 88 placental analysis was

conducted in patients with asthma of varying severity, 51 of them - with the lack of asthma control during pregnancy; 37 - controlled over asthma. significantly more frequently observed the development of pathological conditions such as placental insufficiency with uncontrolled asthma during - in 72,5% of cases, including asthma, violation of maturation of the placenta – 21,6% of cases, circulatory and degenerative changes, which could not but affect the perinatal outcomes.

Ключевые слова: бронхиальная астма, беременность, плацента

Key words: bronchial asthma, pregnancy, placenta

Бронхиальная астма (БА) занимает ведущее место в структуре заболеваний органов дыхания у беременных женщин (8,4% - 13,9%), что объясняет возрастающий интерес к данной проблеме во всем мире. Отсутствие контроля БА у этой категории больных является серьезной фоновой патологией, так как развивающаяся гипоксия может быть причиной появления осложнений как у матери, так и плода [1,4,6,13,14].

Приблизительно у трети беременных течение БА в гестационном периоде ухудшается, у трети – протекает более легко и у трети – остается без изменений [14]. В предыдущих наших исследованиях описано преимущественное утяжеление симптомов БА у преобладающего числа беременных, а неконтролируемое течение заболевания рассматривается как фактор риска перинатальных осложнений [3,7,10,11,12,15].

Особый интерес представляет изучение плаценты у больных с БА, поскольку с одной стороны, плацента является барьером, определяющим естественный механизм защиты плода и нормальное течение беременности, а с другой, представляется органом-мишенью, в котором реализуются иммунологические изменения.

Одним из ведущих звеньев патогенеза плацентарной недостаточности служит нарушение адаптационных механизмов в системе мать-плацента-плод. Развитие плацентарной недостаточности сопряжено с нарушением материнской гемодинамики, чему способствует осложненное течение беременности и экстрагенитальная патология, в том числе, и БА.

Известно, что развитие плацентарной недостаточности замедля-

ет процесс адаптации плода и новорожденного, приводя к патологическим состояниям (предрасположенность к постгипоксической энцефалопатии, асфиксии в родах, развитию иммунодефицита) [2,5,6,8,9].

Материалы и методы исследования. Проведен анализ морфологического исследования плаценты 88 больных БА различной степени тяжести. I группу составили 51 больных БА с обострением заболевания в период гестации (с неконтролируемым течением БА), II группу – 37 больных без обострений (частично или полностью контролируемая БА), III группу – 26 беременных без бронхолегочной патологии (группа сравнения).

Плацентарная недостаточность у пациенток с БА развивалась в 48 случаях (54,5%) ($p < 0,01$), при неконтролируемом ее течении – в 37 (72,5%), что было значительно чаще, чем в группе сравнения – в 11 (29,7%) ($p < 0,001$). В I группе плацентарная недостаточность выявлена в 37 (72,5%) случаях, при этом, в 20% – суб- и декомпенсированная, в 11 (21,6%) случаев отмечено нарушение созревания плаценты. Развитие острой плацентарной недостаточности у 8 (9,1%) больных БА можно объяснить оперативным вмешательством (кесарево сечение), когда развивается полнокровие всех звеньев кровеносного русла плаценты в сочетании с диффузным полнокровием и тромбозом межворсинчатого пространства. В группе сравнения подобная ситуация отмечалась у 1 женщины при развитии первичной и вторичной слабости родовой деятельности с последующей ее стимуляцией.

У больных с БА, в отличие от группы сравнения ($p < 0,01$), чаще отмечена патологическая незрелость плаценты, что предопределяло неблагоприятный прогноз для новорожденного. Все случаи замедленного и ускоренного созревания плаценты наблюдались у больных со среднетяжелым и тяжелым течением неконтролируемой БА. В 3 из 11 случаев незрелости плаценты (среди больных БА) отмечено диссоциированное созревание, которое образуется в результате дисхроноза в формировании ворсин и отставания развития их капиллярного русла, что свидетельствует о неблагоприятном течении беременности во II – III триместрах беременности.

В плаценте больных БА чаще отмечались циркуляторные изменения ($p < 0,01$), реже – дистрофические и воспалительные. У пациенток с БА в плацентах преобладали циркуляторные изменения, при этом сочетаясь с воспалительными и дистрофическими только при неконтролируемом течении заболевания - в 12 (23,5%) случаях. Во II группе больных частота циркуляторных и дистрофических состояний плаценты приближалась к показателям группы сравнения.

У больных с обострениями БА в период гестации, в 1,5 раза чаще, чем в группе сравнения, преобладали дистрофические изменения в плаценте, появляющиеся при нарушении ауторегуляции клеток и функции транспортных систем и часто являющиеся причиной внутриутробной дистрофии последа. Выявленное при морфологическом исследовании большое количество ворсин с дистрофическими изменениями стромы способствовало снижению проницаемости плаценты, гипоксии плода, метаболическим, гипотрофическим нарушениям, появлению легочного дистресс-синдрома.

При хроническом аллергическом воспалении в патологический процесс вовлекается микрососудистое русло плаценты, вследствие чего нарушаются сроки ее формирования. Воздействие патологических факторов на плаценту не проходит бесследно, о чем свидетельствует наличие таких патологических состояний, как очаги воспаления, дистрофические и циркуляторные изменения.

Циркуляторные нарушения, характеризующие изменение кровообращения в плаценте (наличие псевдоинфарктов, нарушений кровотока – стазы, кровоизлияния, обширные суббазальные инфаркты, некротизация ворсин), нарушения маточно-плацентарного и плацентарно-плодового кровотока наблюдались в плаценте у больных с БА в 1,3 раза чаще, чем в группе сравнения. В группе лиц с обострением БА в период гестации разница с группой сравнения несколько выше – в 1,5 раза.

Нарушения кровообращения в плаценте, изменения циркуляции удлиняют процесс адаптации плода, способствуют развитию гипоксического состояния и появлению дистрофических, воспалительных процессов.

Полученные данные выдвигают на ведущие места очаговые нарушения циркуляции в плаценте, особенно, при обострении БА – кровоизлияния и тромбозы, инфаркты, некрозы, коллапс межворсинчатого пространства, неравномерное кровенаполнение ворсин и их васкуляризация, стазы, способствующие развитию внутриутробной гипоксии плода, что особенно было отмечено при неконтролируемом течении БА.

Следует отметить, что такие патологические реакции, как кровоизлияния, тромбозы, инфаркты и некрозы ворсин встречались с большей частотой в плаценте больных БА, чем в группе сравнения, при этом во II группе - в 2 раза реже. Циркуляторные нарушения чаще отмечались в плаценте больных БА I группы. Чаще встречаемые во II группе ангиоматоз ворсин и синцитиальные почки свидетельствовал о более высоких компенсаторных возможностях плацент больных с контролируемой БА.

Среди воспалительных изменений, способствующих развитию гипоксического состояния, более, чем в $\frac{1}{2}$ случаев, преобладали базальный децидуит, интервилузит, вилузит, свидетельствующие о нарушении маточно-плацентарного кровообращения. Реже отмечались мембранит, децидуит, преимущественно в группе с обострением БА во время гестации ($p > 0,05$).

В целом, воспалительные состояния плаценты у больных I группы отмечались чаще, чем во II ($p < 0,01$), особенно, при неаллергической и смешанной формах БА ($r = 0,72$, $p < 0,01$), наличии хронических заболеваний ЛОР-органов ($r = 0,54$, $p < 0,05$).

Таким образом, при неконтролируемом течении БА достоверно чаще отмечалось развитие таких патологических состояний, как плацентарная недостаточность, в том числе, декомпенсированная, нарушение созревания плаценты, циркуляторные и дистрофические изменения, что не могло не сказаться на перинатальных исходах.

Литература

1. Динамика течения легкой персистирующей бронхиальной астмы у беременных / А.Ф. Бабцева, О.Б. Приходько, Е.Б. Романцова, Ю.С. Ландышев, И.В. Кострова // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2012. - № 46. - С. 39-43.

2. Горячева, С.А. Внутрисердечная гемодинамика, легочный кровоток и функция внешнего дыхания у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких в различные периоды беременности: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.25 / Горячева Светлана Александровна. - Благовещенск, 2009. - 142 с.
3. Особенности клинического течения бронхиальной астмы у курящих беременных / А.С. Зенкина, О.Б. Приходько, А.Ф. Бабцева, Романцова Е.Б. // В сборнике: Материалы VI Съезда врачей-пульмонологов Сибири и Дальнего Востока. - 2015. - С. 36-39.
4. Лучникова, Т.А., Приходько, О.Б. Особенности социально-экономического статуса у беременных, больных бронхиальной астмой / Т.А. Лучникова, О.Б. Приходько // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. - 2015. - № 56. - С. 78-82.
5. Приходько, О.Б. Клинико-функциональные особенности бронхолегочной системы и нейровегетативной регуляции у больных бронхиальной астмой во время беременности и их влияние на потомство: автореф. дис.... д-ра мед. наук: 14.01.25 / Приходько Ольга Борисовна. - Благовещенск, 2010. - 44 с.
6. Приходько, О.Б. Нейровегетативная регуляция и состояние гемодинамики у беременных с бронхиальной астмой / О.Б. Приходько // Аллергология и иммунология. - 2009. - Т. 10, № 1. - С. 84.
7. Приходько, О.Б., Бабцева, А.Ф., Романцова, Е.Б. Роль контролируемой бронхиальной астмы в развитии осложнений беременности и влияние на состояние здоровья новорожденных / О.Б. Приходько, А.Ф. Бабцева, Е.Б. Романцова // International Journal on Immunorehabilitation. - 2009. - Т. 11, № 1. - С. 38-39.
8. Приходько, О.Б., Бабцева, А.Ф., Романцова, Е.Б. Влияние клинико-функциональных особенностей бронхолегочной системы у беременных с бронхиальной астмой на состояние потомства / О.Б. Приходько, А.Ф. Бабцева, Е.Б. Романцова // International Journal on Immunorehabilitation. - 2010. - Т. 12, № 2. - С. 114а.
9. Отсутствие контроля бронхиальной астмы во время беременности как предиктор перинатальных осложнений / О.Б. Приходько, А.Ф. Бабцева, Е.Б. Романцова, Т.А. Лучникова, Е.И. Смородина, С.А. Горячева, И.В. Кострова // Аллергология и иммунология. - 2013. Т.14, № 3. - С.188-189.
10. Хроническая никотиновая интоксикация у больных бронхиальной астмой во время беременности / О.Б. Приходько, А.С. Зенкина, А.Ф. Бабцева, Е.Б. Романцова, Е.И. Смородина, И.В. Кострова, С.А. Горячева // Амурский медицинский журнал. - 2016. - Т. 1, № 13. - С. 49-51.
11. Изменения плаценты у больных бронхиальной астмой в зависимости от уровня контроля заболевания / О.Б. Приходько, А.С. Зенкина,

- И.В. Кострова, С.А. Горячева, Е.И. Смородина //Аллергология и иммунология. - 2016. - Т. 17, № 2. - С.134.
12. Романцова, Е.Б., Бабцева, А.Ф., Приходько, О.Б. Медико-социальный статус беременных с бронхиальной астмой / Е.Б. Романцова, А.Ф. Бабцева, О.Б. Приходько // International journal on immunorehabilitation. - 2009. - Т. 11, №1. - С. 38а.
 13. Трофимов, В.И. Особенности течения и лечения бронхиальной астмы у беременных женщин / Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. - 2009. - № 2. - С.34-37.
 14. Global Initiative for Asthma (GINA), 2014. - 147 p.
 15. Evolution clinical and epidemiological course of bronchial asthma in during pregnancy / Т.А. Luchnikova, О.В. Prikhodko, А.Ф. Babtseva, Е.В. Romantsova, М.У. Pogrebnaya, Е.И. Smородina // The 11th Sino-Russia Forum of Biomedical and Pharmaceutical Science The conference proceedings. - Harbin, 2014. - P. 166-167.

ЗНАЧЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕАКТИВНОСТИ И СОСТОЯНИЯ КАЛЛИКРИИН-КИНИНОВОЙ СИСТЕМЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПОВТОРНЫХ ОБСТРУКЦИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Лукашевич Марина Георгиевна, к.м.н., доцент Ростовского-на-Дону государственного медицинского университета, Россия, г. Ростов-на-Дону

Усейнова Наталья Николаевна, к.м.н., заместитель главного врача МБУЗ «Детская городская больница №1», Россия, г. Ростов-на-Дону

THE IMPORTANCE OF VEGETATIVE REACTIVITY AND THE CONDITION OF KALLIKREIN-KININ SYSTEM IN PATHOGENESIS OF THE SUPERIOR RESPIRATORY TRACT RECURRENT OBSTRUCTIONS AT CHILDREN

Marina Georgievna Lukashevich, the candidate of medical sciences, docent of Rostov-on-Don State Medical University, Russia, Rostov-on-Don,

Useinova Natalia Nikolaevna, the candidate of medical sciences, Deputy Chief Doctor of children's hospital №1, Russia, Rostov-on-Don

Аннотация. Проведена оценка состояния вегетативной нервной системы и некоторых медиаторных систем, в частности обмен катехоламинов, в аспекте рассмотрения их влияния на гиперреактивность дыхательных путей у детей с повторными эпизодами стенозирующего ларинготрахеита. Выявленные изменения должны учитываться при построении индивидуальных программ реа-

билитации данной группы часто болеющих детей.

Abstract Text. It has been carried out an estimation of vegetative nervous system and some transmitter systems condition, in particular the exchange of catecholamine, in the aspect of consideration of their influence on the respiratory tract hyperactivity at children with recurrent episodes of an stenosing laryngotracheitis⁸. The revealed changes should be considered at an individual program construction of the given group rehabilitation of frequent ill children.

Ключевые слова: часто болеющие дети, гиперреактивность дыхательных путей, вегетативная нервная система, калликреин-кининовая система

Keywords: frequent ill children, respiratory tract hyperactivity, vegetative nervous system, kallikrein-kinin system

Повторные заболевания органов дыхания у детей раннего возраста представляют серьезную медико-социальную проблему, остающуюся одной из приоритетных в отечественной педиатрии. При этом в последние годы значительно возросло число больных с рецидивирующими обструкциями верхних и нижних дыхательных путей. И возможно, истоки хронического или рецидивирующего течения заболевания лежат в раннем возрасте, когда бурно происходит становление нейроэндокринной и иммунной систем [1, с. 83].

Одной из протеолитических систем, регулирующих адаптационные процессы в организме и состояние биохимического гомеостаза, является калликреин-кининовая система (ККС) крови. В настоящее время, контактная система активации прекалликреина рассматривается как триггерный механизм, запускающий активацию всех пяти протеолитических систем крови: гемокоагуляцию, фибринолиз, комплемент, а также калликреин-кининовую и ренин-ангиотензиновую, кооперативное действие которых обеспечивает процессы адаптации и защиты организма [2]. Ключевой компонент ККС – калликреин является основным кининообразующим ферментом крови. Калликреин и образуемые им кинины, являются мощными адаптогенами, повышающими устойчивость

организма к патологическим воздействиям внешней и внутренней среды. Стратегия биохимической адаптации в раннем онтогенезе направлена на накопление прекалликреина и на регуляцию активности калликреина, по-видимому, за счет увеличения пула ингибиторов. Высокая активность калликреина у детей связана с тем, что высвобождаемые им из высокомолекулярного кининогена кинины участвуют в процессе становления легочного кровообращения у новорожденных, влияя на гемодинамику малого круга кровообращения. Это обстоятельство дало нам основания предполагать важную роль ККС крови в процессе метаболической адаптации у часто болеющих детей (ЧБД).

Целью настоящего исследования явилось изучение вклада нарушений вегетативной реактивности, основных показателей ККС, а также иммунопатогенетических механизмов формирования повторных обструкций верхних дыхательных путей для последующей разработки комплекса организационно-методических и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение повторения данного состояния и трансформации его в бронхиальную астму.

В исследование были включены 112 детей – мальчиков 94 (83,9%), девочек – 18 (16,1%) в возрасте от 8 мес до 7 лет ($3,2 \pm 1,1$), имевшие в анамнезе более 3 (в среднем $5 \pm 1,4$) эпизодов СЛТ, всегда на фоне ОРВИ, и находившиеся в момент обследования в состоянии ремиссии. С целью сравнительной оценки было обследовано 35 часто болеющих детей, не имевших в анамнезе ни одного эпизода СЛТ. Обязательным условием было получение согласия родителей на участие ребенка в проводимом исследовании. Специальные исследования включали: определение активности калликреина и содержание прекалликреина в сыворотке крови, определение коэффициента калликреинообразования (ККО), иммунологическое обследование. С целью изучения вегетативного статуса и реактивности был проведен анализ кардиоинтервалограмм (КИГ), записанных в утренние часы, через 1 час после завтрака, в покое после 3-5 минутного положения ребенка лежа на спине и в течение первой минуты проведения нагрузочной клиноортостатической пробы (позволяет оценить уровень функциональных резервов ор-

ганизма).

У детей основной группы были выявлены умеренные изменения активности калликреина и содержания прекаликреина, однако эти отличия не были статистически достоверными по сравнению с контрольной группой. В тоже время о напряженности работы ККС у детей с РСЛТ свидетельствует увеличение ККО в 1,6 раза. Полученные данные существенно отличаются от проведенного ранее обследования детей с повторными эпизодами бронхиальной обструкции (РОБ), выявившими значительную активацию ККС: повышение активности калликреина на 115,6 % ($P_a < 0,05$), снижение содержания прекаликреина - на 23,3% ($P_a < 0,05$) ниже, чем у детей, не имевших в анамнезе РОБ [3]. Обращает на себя внимание, что у детей с поражением нижних дыхательных путей активность калликреина на 79,1% ($P_b < 0,05$) выше, а содержание прекаликреина на 20,7% ($P_b < 0,05$) ниже, чем при поражении верхних дыхательных путей. Выявленные изменения ККС отмечались на фоне изменений иммунного в виде неадекватного клеточного ответа при незначительном нарушении гуморального звена и быстром истощении адаптационных резервов нейтрофилов. При анализе исходного вегетативного тонуса выявлено достоверное преобладание симпатикотонии и гиперсимпатикотонии у детей основной группа и эйтонии – у детей контрольной группы. При оценке функциональных резервов организма (клиноортопроба) отмечено преобладание асимпатикотонического варианта вегетативной реактивности у детей основной группы и нормотонической (у детей до 3 лет и старше 6 лет) и гиперсимпатикотонической (у детей 3-6 лет) вегетативной реактивности. Эти показатели четко коррелировали ($r=0,84$) с критериями адаптационной реакции по показателям лейкоцитарной формулы, предложенными Л.Х.Гаркави и соавт. [4], свидетельствуя о наличии у детей с рецидивирующим крупом хронического стресса.

Таким образом, дезадаптивные нарушения в калликреин-кининовой системе крови детей с повторными обструкциями нарастают по мере уменьшения диаметра и увеличения площади поражения трахеобронхиального дерева.

Сопоставление субъективных и объективных проявлений вегетативных дисфункций с уровнями нейромедиаторов в плазме крови может быть перспективным направлением в совершенствовании диагностики нарушений показателей вегетативного баланса.

Выявленные ослабления систем адаптации создают предпосылки для формирования частой респираторной заболеваемости и поддержанию хронического воспаления дыхательных путей.

Построение индивидуальных реабилитационных программ детям с повторными обструкциями дыхательных путей не должно ограничиваться исключительно назначением иммуномодулирующей терапии. Патогенетически оправданным является комплексное воздействие на все звенья иммуонейроэндокринной системы детского организма.

Литература

1. Усейнова Н.Н., Шовкун В.А., Мизерницкий Ю.Л. Иммуноэндокринные механизмы формирования бронхиальной астмы у детей раннего возраста с повторными респираторными заболеваниями / Н.Н.Усейнова // Астма. – 2010. - № 2. – С. 83-87.
2. Яровая Г.А. Калликреин-кининовая система: новые факты и концепции (обзор) // Вопросы медицинской химии. – 2001. – 47 (1). С - 20-42
3. Усейнова Н.Н., Шовкун В.А., Черногубова Е.А. / Н.Н. Усейнова // Кубанский научный медицинский вестник. – 2009. - №7. – С. 144 – 147.
4. Гаркави Л.Х. Антистрессорные реакции и активационная терапия. Реакция активации как путь к здоровью через процессы самоорганизации. / Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакина, Т.С. Кузьменко. – М.: ИМЕДИС, 1998. – С. 656

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЧАСТОТЫ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКОМ ДОШКОЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ.

*Бережанский Павел Вячеславович, кандидат медицинских наук,
ГБУЗ МО «Ершовская амбулатория», Россия, с. Ершово*

*Черных Татьяна Александровна, ГБУЗ МО «Ершовская амбулатория»,
Россия, с. Ершово*

Бережанская Юлия Сергеевна, аспирант, ВИЛАР, Россия, с. Успенское

ASSESSMENT OF THE STATUS OF THE MICROCIRCULATOR COURSE AT CHILDREN DEPENDING ON THE FREQUENCY OF ACUTE RESPIRATORY DISEASES IN PRESCHOOL INSTITUTION.

*Berezhanskiy Pavel, Ph.D., State-funded health institution of the Moscow region
"Ershov clinic", Russia, v.Ershovo*

*Chernih Tatyana, State-funded health institution of the Moscow region
"Ershov clinic", Russia, v.Ershovo*

Berezhanskaya Yulia, postgraduate student, VILAR, v.Uspenskoe

Аннотация. Под наблюдением находились 40 детей 4-5 лет посещающих детское дошкольное учреждение и имеющих различную частоту заболеваемости острыми респираторными заболеваниями. Проведена оценка состояния микроциркуляторного русла у этих детей.

Abstract Under observation there were 40 children of 4-5 years visiting preschool institution and having different frequency of incidence of acute respiratory diseases. Assessment of a condition of the microcirculator course at these children is carried out.

Ключевые слова: микроциркуляция, дети, частоболеющие дети.

Keywords: microcirculation, child, sickly children.

Заболеваемость острыми респираторными инфекциями (ОРИ) занимает ведущее место в структуре общей заболеваемости населения [5]. Среди детского населения ОРИ встречаются в 60 тыс. случаев на 100 тысяч детского населения. [5,6] При этом тенденции к снижению заболеваемости не отмечается. [3] Следствием

высокого уровня детской заболеваемости, является увеличение числа детей, имеющих соматический статус «часто болеющий ребенок» [1]. Анализ состояния микроциркуляторного русла помогает объективно оценить адаптационные и функциональные резервы детского организма в зависимости от частоты перенесенных ОРИ [2,3].

Капилляроскопия сосудов ногтевого ложа является одним из высокоинформативных и доступных методов, позволяющих визуально оценить состояние микроциркуляторного русла [2,4]. Простота выполнения и неинвазивность методики обеспечивает моментальную визуализацию микрокровотока, давая четкое представление об функциональных и адаптационных резервах организма [2,4,7]. Микроскопия сосудов ногтевого ложа позволяет детально оценить состояния всех звеньев микроциркуляторного русла (приводящий и отводящих сосудов, капилляров, переваскулярного пространства), а так же векторные характеристики кровотока в микрососудах [2].

Целью работы было оценить значение микроциркуляторных параметров у детей посещающих детское дошкольное учреждение в зависимости от частоты перенесенных ОРИ.

В условиях медицинского кабинета детского дошкольного учреждения Одинцовского района № 63 нами было обследовано 20 детей в возрасте от 4 до 5 лет (1 группа), перенесшие за год 7 более эпизодов ОРИ с коэффициентом заболеваемости в детском дошкольном учреждении более 50%, в периоде ремиссии на протяжении более 14 дней. В контрольную группу было включено 20 практически здоровых детей аналогичного возраста, отнесенных к 1-2 группам здоровья, перенесшие за год не более 3 эпизодов ОРИ и имеющих коэффициент заболеваемости 13% и менее, а так же не болевших в течение 1 месяца до обследования.

Наряду с общеклиническими методами исследования (анамнез, осмотр, общий анализ крови, анкетирование родителей, консультация ЛОР-врача и др.), всем детям в динамике проводилась оценка состояния микроциркуляторного русла методом компьютерной капилляроскопии ногтевого ложа при помощи цифрового капилляроскопа (ООО «Берикон»).

Результаты были обработаны при помощи пакета статистических программ «Statistica 7.0».

Морфологическая картина капиллярного русла у детей 1 группы имела существенные отличия, по сравнению с контрольной группой. Капиллярная сеть в 1 группе была более извита и отмечалась гетерогенная дилатация преимущественно артериальной части с наличием расширений в прекапиллярной зоне и застоем кровотока. У каждого 5 ребенка отмечался «маятниковый ход крови» (периодически проявляющийся обратный ток крови в суженых участках капилляров) ($p > 0,05$).

В 1 группе выявлено визуальное увеличение протяженности артериального отделов капилляра в отличие от контрольной группы. У пациентов 1 группы ($0,89 \pm 0,03$) была выявлена более выраженная неравномерность калибра артериальной части капилляров, по сравнению с контрольной группой ($0,98 \pm 0,025$), в связи с чем, был снижен артериоло-венулярный коэффициент (АВК) у детей 1 группы, соответственно, в 1 группе ($0,31 \pm 0,02$) по сравнению с контрольной ($0,55 \pm 0,1$) ($p < 0,05$).

Извитость артериальной части капилляра в 1 группе была существенно выше ($0,76 \pm 0,09$) по сравнению с контрольной ($0,95 \pm 0,04$). Повышенная извитость и повышенная площадь капилляров на изучаемой поверхности обусловили уменьшение расстояния между артериальной и венулярной частями капилляров, соответственно в 1 группе ($79,5 \pm 17,7$), по сравнению с контрольной ($113,2 \pm 12,2$) ($p < 0,05$).

Скорость микрокровотока в основном русле у детей 1 группы был немного ниже $507,5 \pm 22,5$ мкм/с, в связи с повышенной извитостью и образованием участков «заболоченности» (застоев) в прекапиллярной зоне, чем в контрольной группе $563,5 \pm 22,5$ мкм/ч ($p < 0,05$).

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что у детей с частыми ОРИ имеют место микроциркуляторные изменения, затрагивающие характеристики собственно сосудистого русла (изменение формы, диаметра и длины, рядом идущих сосудов), а так же внутрисосудистые характеристики (скорость кровотока) что может свидетельствовать о наличии адаптационных и

функциональных механизмов системы микроциркуляции к частым заболеваниям, которые, в большинстве своем, имеют стойкий характер изменений и могут быть критериями к определению таких детей в специализированные группы в детских садах по профилактики ОРИ, без клинических проявлений заболевания.

Литература

1. Альбицкий В.Ю., Часто болеющие дети: клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления / В.Ю.Альбицкий, А.А.Баранов. Саратов: Радуга, 1986. – 183 с.
2. Бережанский П.В., Мельникова И.М., Мизерницкий Ю.Л., Шубин Л.Б., Особенности микроциркуляции у детей, перенесших острый обструктивный бронхит, Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: биология, клиническая медицина. 2014. Т.12 № 2. С. 30-36.
3. Булгакова В.А. Оптимизация этиотропной терапии ОРВИ и гриппа у детей как способ снижения медикаментозной нагрузки // Вопросы практической педиатрии. 2014. Т. 9. № 5. С. 26–34.
4. Чернух А.М., Александров П.Н., Алексеев О.В. Микроциркуляция. Медицина. М. 1984. 429с.
5. Чудакова Т.К., Михайлова Е.В., Шведова Н.М. Эффективность противовирусной терапии острых респираторных вирусных инфекций у часто болеющих детей // Вопросы практической педиатрии. 2015. Т. 10. № 1. С. 58–63.
6. Fowlkes A., Steffens A., Temte J. et al. Incidence of medically attended influenza during pandemic and post-pandemic seasons through the Influenza Incidence Surveillance Project, 2009-13 // Lancet Respir Med. 2015. Aug 20
7. Tam J., Martin J.A., Roorda A. Noninvasive visualization and analysis of parafoveal capillaries in humans // Invest Ophthalmol Vis Sci. 2010. Mar. №51(3). P.1691-1698.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВТОРНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

*Олейник Нина Анатольевна, СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
г.Санкт-Петербург*

Заболеваемость пневмониями, входящими в структуру респираторных инфекций, на протяжении последних лет остается на высоком уровне. Из 222 детей с внебольничными пневмониями, 31 (14%) ребенок заболел повторно. В первый год периода диспан-

серного наблюдения заболели 3 человека, остальные – на протяжении катамнеза ($8,5 \pm 2,4$ лет). Средний возраст детей, перенесших внебольничные пневмонии – $3,0 \pm 1,8$ лет, из них 13 (42%) мальчиков и 18 (58%) девочек. С учетом локализации, правосторонние пневмонии выявлены у 14 (45%) детей, левосторонние – у 8 (26%), двухсторонние – у 9 (29%). Двухсторонняя локализация достоверно чаще встречалась у детей с повторными внебольничными пневмониями ($p=0,00$), тем не менее у этих детей не отмечено абсцессов и ателектазов, по сравнению с детьми с однократными внебольничными пневмониями. По морфологии выделено 22 (71%) очаговых и 9 (29%) сегментарных пневмоний. Полисегментарное вовлечение в воспалительный процесс выявлено у 19 (6%) детей. Среди детей с внебольничных пневмоний тяжелое заболевание отмечено у 3 (10%) детей, у остальных – среднетяжелое, в том числе у 3 (10%) человек наблюдалось затяжное течение заболевания. У 19 (61%) детей отмечена сопутствующая патология. Средняя продолжительность пневмоний от начала заболевания до выписки в образовательное учреждение составила $-29,7 \pm 9,8$ дней. Длительность антибактериальной терапии, в среднем составила $9,0 \pm 3,1$ дней. В периоде диспансерного наблюдения 29 (94%) детей болели острыми респираторными инфекциями (ОРИ), из них, в первые 6 месяцев – 28 (96%) детей, с 6 до 12 месяцев – 17 (59%) человек.

Семь (23%) детей болели пневмониями более одного раза в жизни. При повторном заболевании внебольничными пневмониями у 6 (86%) детей инфильтративные изменения локализовались в средних и нижних долях справа, у одного ребенка – в 4 и 5 сегменте левой доли. Два ребенка имели 3 рентгенологически подтвержденных внебольничные пневмонии за жизнь, которые локализовались в правой средней и нижней долях и сопровождалась ателектазами.

Исход однократно перенесенных и повторных внебольничных пневмоний был благоприятный, в тоже время, однако повторные эпизоды заболевания настораживают в отношении наличия у детей коморбидных состояний.

Таким образом, в изученной группе у четверти детей выявлено двукратное и трехкратное заболевание внебольничными пневмо-

ниями. Среди особенностей течения повторных внебольничных пневмоний отмечено, что большая часть детей имела сопутствующую патологию. При развитии повторных пневмоний преобладало поражение средней и нижней долей правого легкого.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНЫМИ ЛИЗАТАМИ И ФИТОПРЕПАРАТАМИ

Зырянова Кира Сергеевна, к.м.н., доцент Южно-Уральского государственного университета, Россия, г. Челябинск

Максимова Анастасия Сергеевна, ординатор Южно-Уральского государственного университета, Россия, г. Челябинск

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC TONSILLITIS AS A CRITERION OF EFFECTIVENESS OF CONSERVATIVE THERAPY BACTERIAL LYSATES AND HERBAL REMEDIES.

Zyryanova Kira Sergeevna Candidate of medical Sciences, associate Professor of the South Ural state University, Russia, Chelyabinsk

Maksimova Anastasia a Resident of the South Ural state University, Russia, Chelyabinsk

Аннотация: в работе рассматривается качество жизни больных с хроническим тонзиллитом при применении в курсе консервативной терапии бактериальных лизатов и фитопрепаратов.

Abstract: this paper examines the quality of life of patients with chronic tonsillitis when used in the course of conservative therapy bacterial lysates and herbal remedies.

Ключевые слова: Хронический тонзиллит, лечение, бактериальные лизаты, фитопрепараты.

Key words: Chronic tonsillitis, treatment, bacterial lysates, herbal.

Введение. Хронический тонзиллит (ХТ) до настоящего времени остается весьма распространенным заболеванием, им болеет от 4 до 15% населения. Влияние любого, особенно хронического, заболевания на качество жизни пациента является одним из наиболее важных аспектов медицинской практики [1].

Цель исследования: оценить эффективность использования иммуностимулирующих препаратов у пациентов с хроническим тонзиллитом простой и токсико-аллергической формой 1 степени, используя опросник SF-36.

Материалы и методы. В исследование было включено 30 человек, которые состоят на диспансерном учете у врача оториноларинголога в ГКБ №2 города Челябинск с диагнозом хронический тонзиллит и не имеют сопутствующей патологии, средний возраст $21,9 \pm 2,8$. Все обследуемые прошли мезофарингоскопию, анкетирование для выявления основных жалоб и оценки качества жизни с помощью стандартизированного опросника «SF-36 Health Status Survey», через год после проведения иммуностимулирующей или фитотерапии препаратами Тонзилгон® или Бронхо-мунал® 25 пациентов прошли повторное обследование.

Результаты. Основными жалобами больных хроническим тонзиллитом являются: неприятные ощущения в горле при разговоре и глотании (63,3%), наличие казеозно-гнойных пробок в лакунах небных миндалин (46,7%), утомляемость и хроническая усталость (46,7%), неприятный запах изо рта (40%), частые ангины (36,7%) [2]. Физическое функционирование данных больных не страдает (Physical Functioning- $91 \pm 2,36$), но ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning- 64,17) ниже, чем у здоровых людей (74,7), данные которых были получены в ходе исследования в городе Уфа Л.Б.Новиковой в 2008 году [Шамин А.С., 2015]. Так же отмечено снижение показателей по шкалам: общее состояние здоровья (General Health- 52,5 у больных хроническим тонзиллитом, $63,3 \pm 4,1$ у здоровых людей), жизненная активность (Vitality- $56 \pm 3,6$ у больных, $79,4 \pm 3,6$ у здоровых), психическое здоровье (Mental Health- $63,7 \pm 3,37$ у больных, $74,3 \pm 3,2$ у здоровых). Пациенты, у которых кроме стандартной терапии был проведен курс иммуностимулирующей терапии были обнаружены статистически значимые улучшения ($t \geq 2$ при $p = 0,05$) следующих показателей: ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием ($t = 2,86$), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($t = 5,04$).

Выводы. Таким образом у больных хроническим тонзиллитом наиболее страдает психологический компонент здоровья, который составляет $42,5 \pm 2,08$, при этом физический компонент здоровья более сохранен ($54,6 \pm 0,85$). Несмотря на отсутствие динамики жалоб при использовании иммуностимулирующей терапии, качество жизни данных пациентов улучшается, в большей степени психологический компонент здоровья ($t=2,31$), физический компонент здоровья так же улучшается (с $54,6$ до $55,4$), но данное различие статистически менее значимо. Таким образом проведение иммуностимулирующей терапии у больных хроническим тонзиллитом целесообразно.

Литература

1. Зырянова, К.С. Влияние лекарственных препаратов, прошедших тщательный фитониринг на клиническую симптоматику в комплексной терапии хронического тонзиллита / К.С.Зырянова, И.Д. Дубинец, А.С. Иванова, С.А. Ена, А. М. Коркмазов // Материалы XIX съезда оториноларингологов России. – С-Пб, 2016. – С. 375-376.
2. Зырянова, К.С. Новые возможности в диагностике хронического тонзиллита / К.С.Зырянова, Е.Л. Куренков, И.Д. Дубинец // Рос. оториноларингология. – 2009. – № 2. – С. 74-78.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ УША И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ЧЕЛЯБИНСКОЙ И КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТЕЙ

Горбунов Александр Викторович, ординатор Южно-Уральского государственного университета, Россия, г. Челябинск

Дубинец Ирина Дмитриевна, к.м.н., доцент Южно-Уральского государственного университета, Россия, г. Челябинск

Петров Александр Сергеевич, заведующий отделением ГБУЗ КОКБ

EPIDEMIOLOGY OF DISEASES OF THE EAR AND MASTOID PROCESS AMONG THE RESIDENTS OF CHELYABINSK AND KURGAN REGIONS

*Gorbunov Alexander Victorovich a Resident of South Ural state University,
Russia, Chelyabinsk*

*Dubinets Irina Dmitrievna Candidate of medical Sciences, associate Professor,
South Ural state University, Russia, Chelyabinsk*

Petrov Alexander Sergeevich Head of the Department GBUZ HOSPITAL, Kurgan

Аннотация: Проведено ретроспективное сравнительное исследование распространенности заболеваний уха и сосцевидного отростка за 2014 г. среди населения Челябинской области, как промышленного центра Южного Урала и Курганской области, как сельскохозяйственной местности Зауралья.

Abstract: retrospective comparative study on the prevalence of diseases of the ear and mastoid process during 2014 among the population of the Chelyabinsk region as the industrial center of the southern Urals and the Kurgan region, as the agricultural areas of the Urals.

Ключевые слова: заболевания уха и сосцевидного отростка, население, Челябинская область, Курганская область.

Keywords: diseases of ear and mastoid process, population, Chelyabinsk oblast, Kurgan oblast.

Заболевания ЛОР органов в связи с их высокой распространенностью относятся к приоритетным проблемам современного здравоохранения, поскольку они влекут за собой грозные осложнения органов и систем всего организма, что приводит к снижению качества жизни, общего уровня здоровья населения, увеличению числа первичного выхода на инвалидность, в патогенезе которых лежат не выявленные, несвоевременно диагностированные оториноларингологические заболевания. Лечение указанных пациентов представляет большие трудности, так как процент рецидивирования ЛОР заболеваний и перехода их в хронические формы не только не уменьшается, но и имеет тенденцию к росту [1,2].

Челябинская область и часть Курганской области, как субъекты Российской Федерации в целом близки по климатогеографическим условиям, однако существуют различия в условиях проживания населения, что отражается на распространенности заболеваний, в том числе ЛОР органов.

Цель исследования: Сравнить заболеваемость уха и сосцевидного отростка в Курганской области и Челябинской области за 2014 г. по обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения здравоохранения.

Материал и методы: Для сравнительной оценки заболеваний уха и сосцевидного отростка были взяты данные отчетной документации Министерства здравоохранения Челябинской области и Министерства здравоохранения Курганской области (форма № 14) за 2014 год [3,4]. Для сравнения количество больных было пересчитано на 100 тыс. населения.

Заключения и выводы: Сравнительное изучение распространенности некоторых заболеваний ЛОР органов среди населения Челябинской области и Курганской области выявило, что население Челябинской области чаще обращалось в амбулаторно-поликлинические учреждения с заболеваниями среднего уха по сравнению с населением Курганской области. Болезни внутреннего уха, в том числе отосклероз, также чаще выявлялись среди населения Челябинской области. В Курганской области показатели заболеваемости выше по общему количеству заболеваемости, хроническому отиту и различным формам тугоухости.

Литература

1. Зырянова К.С. Стартовая терапия острого среднего отита у детей / Зырянова К.С., Дубинец И.Д., Ершова И.Д., Коркмазов М.Ю. // Врач. – 2016. – № 1. – С.43-45.
2. Зырянова К.С. Дифференцированный подход к лечению экссудативного среднего отита с применением мукорегулирующей терапии в детском возрасте / Зырянова К.С., Дубинец И.Д., Коркмазов М.Ю., Солодовник А.В. // Рос. оториноларингология. – 2014. – № 2. – С. 31-34.
3. Челябинская область. https://ru.wikipedia.org/wiki/Челябинская_область. Курганская область. https://ru.wikipedia.org/wiki/Курганская_область.
4. Оценка численности населения на 1 января 2015 года и в среднем за 2014 год (www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/popul2015.xls). Отчетная документация Минздрава Челябинской области и Минздрава Курганской области за 2014 г. Форма Росстат № 14.

ДИНАМИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЛЮДЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, ПРОХОДЯЩИХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ КУРС «ГАЛАКАМЕРА».

*Капранова Екатерина Александровна, преподаватель Арзамасского
медицинского колледжа, Россия, г. Арзамас*

*Вишнякова Валентина Александровна, преподаватель Арзамасского
медицинского колледжа, Россия, г. Арзамас*

*Коновалова Анастасия Александровна, преподаватель Арзамасского
медицинского колледжа, Россия, г. Арзамас*

DYNAMICS OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN PEOPLE WITH RESPIRATORY DISEASES UNDERGOING TREATMENT- AND-PROPHYLACTIC COURSE "HALOCAMERA".

*Kapranova Ekaterina Aleksandrovna, teacher Arzamas medical College,
Russia, Arzamas*

Valentina Vishnyakova, teacher Arzamas medical College, Russia, Arzamas

*Konovalova Anastasia Aleksandrovna, teacher Arzamas medical College,
Russia, Arzamas*

Аннотация: содержатся материалы о благоприятном воздействии галакамеры на состояние бронхолегочной системы, а также об уменьшении продолжительности курса реабилитации после перенесенных бронхолегочных заболеваний.

Abstract: contains materials about beneficial effect of galakamera on the state of the bronchopulmonary system, but also about reducing the duration of rehabilitation after suffering respiratory diseases.

Ключевые слова: галакамера, бронхиальная астма, бронхит, сердечно-сосудистая система, вегетативная нервная система, спелеотерапия, индекс Кердо.

Key words: galakamera, bronchial asthma, bronchitis, cardiovascular system, autonomic nervous system, speleotherapy, kerdo index.

Бронхиальная астма и хронические бронхиты принадлежат к числу самых распространенных хронических заболеваний, особенно в пожилом возрасте. Актуальность проблемы обусловлена увеличением заболеваемости, ранним дебютом, утяжелением течения заболевания, серьезностью прогноза, неблагоприятными

показателями летальности.

Значительные успехи фармакотерапии, достигнутые в настоящее время, не позволяют, однако решить проблему лечения и реабилитации людей с бронхолегочными болезнями в полном объеме. Воспалительный характер заболевания определяет необходимость длительного применения базисных препаратов. Недостаточная эффективность фармакотерапии у ряда больных, проявление лекарственной аллергии, формирование резистентности к различным лекарственным препаратам привлекают внимание к немедикаментозным методам лечения и реабилитации людей с бронхиальной астмой и хроническими бронхитами.

В задачи исследования входило:

1. Изучить состояние сердечно-сосудистой и вегетативной нервной системы в период лечебно-профилактического курса.

2. Оценить влияние галакамеры на динамику показателей функций сердечно-сосудистой системы больных с бронхолегочными заболеваниями в процессе курса лечения.

3. Определить характер влияния галакамеры на динамику вегетативного тонуса у больных с бронхолегочными заболеваниями в процессе курса лечения.

4. Сравнить динамику показателей функций сердечно-сосудистой системы и вегетативного статуса больных бронхиальной астмой и хронического бронхита в процессе галакамеры, с аналогичными показателями до применения курса.

Научная новизна исследования определена проведением комплексной оценки влияния ЛПК «Галакамера» на показатели функции сердечно-сосудистой и вегетативной нервной системы больных бронхиальной астмой и хроническим бронхитом.

Оптимальные параметры лечебного микроклимата:

- Содержание аэрозоли хлорида натрия – 0,5-5,0 мг/куб. м;
- Количество аэрозольных частиц (до 5 мкм) – 80%;
- Температура воздуха 20-22 С;
- Влажность воздуха – 30-60%;
- Бактериальная обсемененность – менее 1000 микроорганизмов в 1 куб. м.

Воздействие спелеотерапии вызывает ответную реакцию организма, активизирующую компенсаторно-приспособительные механизмы регуляции бронхиальной проходимости.

Методы исследования. Обследовано 40 человек (20 мужчин и 20 женщин) в возрасте 45-58 лет, с бронхолегочными заболеваниями, находившихся на лечении в лечебно-профилактическом комплексе «Галакамера» в оздоровительном центре ВитаСоль. Курс галатерапии состоял из 10-15 сеансов и проводился по общепринятой схеме с увеличением времени от 15 до 60 минут в зависимости от заболевания.

Данное наблюдение включало сбор и анализ показателей работы сердечно-сосудистой системы по параметрам: систолическое и диастолическое давление (САД; ДАД), частота сердечных сокращений (ЧСС). Анатомо-физиологические особенности легких: частота дыхательных движений (ЧДД). На основании этих данных по общепринятым методикам были рассчитаны: систолический и минутный объем крови (СОК; МОК), индекс Кердо, отражающие вегетативный статус.

Обработка результатов исследования проводилась с помощью компьютерной программы «Биостатистика».

По результатам исследования мужчин и женщин разделили на 4 группы:

1 группа – женщины с бронхиальной астмой средней степени тяжести, имеющие функциональные нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия);

2 группа – мужчины с бронхиальной астмой легкой степени тяжести;

3 группа – женщины, с бронхиальной астмой средней тяжести, гормонозависимые, принимающие гормональные ингаляторы (Будесонит, Бекотид);

4 группа – мужчины с хроническим обструктивным бронхитом средней тяжести, имеющие функциональные нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия).

Анализ проведенных исследований показал, что после прохождения курса галакамера независимо от пола и время сеанса, у всех

испытуемых наблюдается снижение всех изученных гемодинамических показателей. Проведенные исследования показали, что самое низкое значение отмечены на десятый день, конец лечения галатерапией, являющимся достоверным. ($P < 0,001$).

После 3-5 дней лечения появляются обострения в виде значительного усиления кашля, ухудшения бронхиальной проходимости в период курса галатерапии. Отмечается достоверное повышение показателей динамики сердечно-сосудистой системы на 5 день до начала, и после прохождения курса лечения. Так, например, достоверно ($P > 0,05$), повышается САД от $133,5 \pm 4,58$ до $142 \pm 4,14$ мм.рт.ст. и ДАД от $84,5 \pm 1,86$ до $87,5 \pm 2,9$ мм.рт.ст.. Частота пульса колеблется от $72 \pm 0,75$ уд/мин. до $74,2 \pm 0,72$ уд/мин. Показатель пульсового давления изменяется на уровне от $49 \pm 4,07$ мм.рт.ст. до $55,5 \pm 3,37$ мм.рт.ст.. Признаки повышения у систолического и минутного объема крови практически не изменились (СОК – $69,09 \pm 2,82$ и $69,24 \pm 1,14$ мл., МОК – $6,46 \pm 1,84$ и $6,12 \pm 1,67$ л.). К окончанию курса галакамеры практически все гемодинамические показатели были достоверно ниже исходных данных. Существенная стойкая стабилизация наблюдается у артериального давления в пределах САД $130 \pm 3,85$ мм.рт.ст и ДАД $82 \pm 1,10$ мм.рт.ст. О снижении до нормы частоты дыхания с $25 \pm 0,53$ ддв/мин до $20,6 \pm 0,88$ уд/мин. Систолический объем крови снижается от $69,99 \pm 2,02$ до $68,24 \pm 1,08$ мл. На фоне проводимого курса частота сердечных сокращений не превышает $70,3 \pm 0,88$ уд/мин. Недостоверный сдвиг до начала курса $5,34 \pm 0,59$ и после прохождения $5,58 \pm 1,67$ л наблюдается у минутного объема крови. При расчете интегральных показателей деятельности сердечно-сосудистой системы можно охарактеризовать роль вегетативных влияний и соответственно характер вегетативной регуляции системного кровообращения. Вегетативный индекс Кердо основан на сопоставлении величин артериального давления и частоты сердечных сокращений:

$$\text{ВИ} = (1 - (\text{ДАД} / \text{ЧСС})) * 100\%$$

Положительное значение индекса означает сдвиг в симпатическую сторону, а отрицательное – в парасимпатическую сторону. Вегетативный индекс рассматривается из точки зрения энергетиче-

ческих процессов. Тогда симпатикотония может рассматриваться как эрготропия, т. е. способ работы организма, направленный на затраты энергии, на увеличение объема, а парасимпатикотония как трофотропия, т.е. накопление энергии, активность, направленная на уменьшение окислительных процессов. Из всего этого следует, что потребность организма в кислороде возрастает при симпатикотонии, и уменьшается при парасимпатикотонии. По данным артериального давления и частоты сердечных сокращений проведен расчет средних величин вегетативного индекса. По данным видно, что в период до и после ЛПК «Галакамеры» значение вегетативного индекса отрицательное, что указывает на преобладание влияния парасимпатической системы. Так, например, у 1 и 4 группы с функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы вегетативный индекс Кердо понижается в пределах от $-20,7+3,51$ ус.ед. до $-13,6+3,38$ ус.ед. ($P<0,05$) и колеблется у 2 и 3 группы от $-16,3+3,18$ ус.ед. до $-4,4+2,27$ ус.ед. ($P<0,05$).

В результате можно отметить, что ежедневно определяемого значения вегетативного индекса у людей с заболеваниями органов дыхания, имеют существенные различия и реагируют на проводимое лечение.

Таким образом, показатели сердечно-сосудистых реакций изменились по сравнению с контролем. При этом можно сделать следующие выводы:

1. Наблюдается отчетливая положительная реакция со стороны сердечно-сосудистой системы на специфическое действие мелкодисперсионного сухого аэрозоля хлорида натрия.
2. Сравнительная динамика свидетельствует о понижении всех гемодинамических показателей с аналогичными данными до применения курса.
3. Курс галакамеры в течение 10 дней позволяет умеренно снизить уровень артериального давления, эффект не зависит от пола и возраста пациентов.
4. Заметное снижение и стабилизация показателей артериального давления отмечено у женщин с бронхиальной астмой и у мужчин с хроническим обструктивным бронхитом с сопутствующими отклонениями со стороны сердечно-сосудистой системы в период

наблюдения.

5. Отдаленные результаты показателей артериального давления наблюдаются у женщин и мужчин с легкой и средней степени тяжести бронхиальной астмы в период до и после лечения (у женщин колеблются САД от 108+11,89 до 106+3,41 мм.рт.ст.; ДАД от 75,5+3,53 до 69,5+2,15 мм.рт.ст., и у мужчин САД от 128+4,64 до 122+3,57 мм.рт.ст.; ДАД от 81+2,86 до 79,6+2,49 мм.рт.ст.).

6. Курс галакамеры оказывает воздействие на изменение статуса вегетативной нервной системы. Индекс напряжения сдвигается в парасимпатическую сторону.

7. В процессе прохождения галакамеры отмечены незначительные сдвиги систолического и минутного объема крови, пульсового давления ($P < 0,05$).

8. Частота дыхания независимо от пола и заболевания колеблется от 25+0,53 до 18,8+0,4 ударов в минуту в период пребывания в галакамере.

Таким образом, изучена динамика показателей функции сердечно-сосудистой и вегетативной нервной системы у больных с бронхолегочными заболеваниями в процессе курса галакамеры. Изучено состояние сердечно-сосудистой и вегетативной нервной системы у людей с заболеваниями органов дыхания в период ЛПК «Галакамера». Показана сравнительная характеристика показателей функции сердечно-сосудистой системы и вегетативного тонуса, больных бронхиальной астмой и хроническим бронхитом в процессе галакамеры, с аналогичными показателями до применения курса. В работе было показано, что галакамера вызывает сдвиги в вегетативной системе организма, и в частности показателей сердечно-сосудистой системы. Лечебно-профилактический комплекс оказывает положительное влияние на состояние сердечно-сосудистой системы, уменьшает количество факторов риска, предотвращает возникновение осложнений. Пребывание в галакамере прерывает контакт организма с неблагоприятными факторами внешней среды, кроме того, специфическое действие мелкодисперсионного сухого аэрозоля хлорида натрия способствует удалению тех инфекционных агентов, которые могут сыграть существенную роль в формировании хронической легочной патологии. Улучше-

ние дренажной функции при галатерапии способствует удаление вместе с содержимым дыхательных путей попавших туда с вдыхаемым воздухом мелких частиц (при работе в неблагоприятных условиях, курении, загазованности, загрязненности города).

Литература

1. Классификация заболеваний внутренних органов и методика терапевтических исследований под редакцией В.Ю. Голофеевского.- СПб: Фолиант, 2006-292с.
2. <http://www/edu-all/ru>

СОВРЕМЕННЫЕ ФОРМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

*Мокрецова Людмила Александровна, преподаватель клинических дисциплин
ГАПОУ «Салаватский медицинский колледж», Республика Башкортостан,
г. Салават*

MODERN FORMS OF COMPLEX REHABILITATION OF PATIENTS AFTER MYOCARDIAL INFARCTION

*Mokretsova Lyudmila Aleksandrovna, lecturer of clinical disciplines
GAPO "Salavat medical College", Republic of Bashkortostan, Salavat*

Аннотация. По данным эпидемиологических исследований заболеваемость инфарктом миокарда в России продолжает расти как среди мужчин так среди и женщин.

Перенесенный инфаркт миокарда требует серьезного отношения в отношении к реабилитации. После перенесенного инфаркта на сердце пожизненно остается рубец, создавая большой риск новых проблем, вплоть до внезапной остановки сердца. С другой стороны, не нужно считать, что жизнь кончилась. Необходимо правильно воспринимать свою болезнь, излишне не драматизируя ситуацию, объективно к ней относиться и оптимизировать свою жизнь. Правильный образ жизни и постоянная профилактика послужат залогом долгой и счастливой жизни. Как человек построит свою жизнь после инфаркта, зависит от него самого и от поддержки близких.

В связи с неуклонным ростом распространенности заболевания

среди контингентов молодого трудоспособного возраста, а также тяжелыми ее последствиями, обуславливающими высокую летальность, снижение качества жизни, ограничения трудоспособности, возникает необходимость совершенствования мероприятий профилактики, лечения, а также реабилитации пациентов, имеющих тяжелые заболевания, в основе которых лежит атеросклеротическое поражение коронарных сосудов.

Abstract Text. According to epidemiological study, the incidence of myocardial infarction in Russia continues to grow both among men and among women.

Myocardial infarction requires serious otноsheniyam relation to rehabilitation. After suffering a heart attack at the heart of life remains a scar with a high risk of new problems, including sudden cardiac arrest. On the other hand, we should not assume that life is over. It is necessary to correctly perceive their illness, not overly dramatizing the situation, objectively to treat it and to optimize its life. The correct way of life and the constant prevention will be the key to a long and happy life. As a person will build his life after heart attack depends on him and the support of loved ones.

In connection with the steady increase in the prevalence of the disease among the contingents of young able-bodied age, and severe its consequences, causing high mortality, reduced quality of life, disability, there is a need for improvement of prevention, treatment and rehabilitation of patients with severe disease based on atherosclerotic disease of the coronary vessels.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, цели и принципы, этапы, аспекты, реабилитации .Ранний, поздний, санаторный, амбулаторно-поликлинический этап реабилитации.

Key words: myocardial infarction, goals and principles, stages and aspects of rehabilitation. Early, late, health, out-patient and polyclinic stage of rehabilitation.

В связи с неуклонным ростом распространенности ИБС среди контингентов молодого трудоспособного возраста, а также тяжелыми ее последствиями, обуславливающими высокую леталь-

ность, снижение качества жизни, ограничения трудоспособности, возникает необходимость совершенствования мероприятий профилактики, лечения, а также реабилитации пациентов, имеющих тяжелые заболевания, в основе которых лежит атеросклеротическое поражение коронарных сосудов.

Инфаркт миокарда – это омертвление сердечной мышцы (некроз миокарда), который возникает из-за остро возникшей недостаточности коронарного кровотока (коронарный кровоток – ток крови по коронарным сосудам, кровоснабжающим сердечную мышцу).

Чаще всего болезнь развивается у мужчин в возрасте 41-60 лет. Наиболее частой причиной заболевания является атеросклероз коронарных сосудов – образование атеросклеротических бляшек в просвете сосуда, приводящие к уменьшению просвета сосуда и нарушению тока крови в нем. Провоцирующими факторами являются физическое или психоэмоциональное напряжение, гипертонический криз. Реже инфаркт миокарда развивается на фоне таких заболеваний, как септический эндокардит, системные заболевания сосудов, аневризма аорты (истончение и выпячивание стенки), сдавление устьев коронарных артерий.

Факторы риска по возникновению инфаркта миокарда (повышающие вероятность развития заболевания): хронический стресс, возраст после 40 лет, мужской пол, отягощенная наследственность, профессия (учителя, врачи, руководящие работники), гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ожирение, курение. Чаще всего инфаркт миокарда развивается у пациентов, которые перед этим в течение некоторого времени страдали стенокардией.

Основная цель и принципы реабилитации.

Восстановление трудоспособности и ускорение возврата к полноценному труду.

Принципы:

1. Раннее начало процесса реабилитации – с первых часов развития инфаркта. В первые сутки после начала заболевания – это изменение положения в постели (с разрешения врача), на 2-3 сутки присоединяются комплексы ЛФК, массажа и другие методы реабилитации.

2. Систематическое длительное лечение в течение многих месяцев. Реабилитационный период после перенесенного инфаркта миокарда длится не менее 1 года.

3. Реабилитация должна быть комплексной. Рекомендуется сочетание медикаментозных, физических, психологических методов лечения, методов нетрадиционной медицины.

4. Процесс восстановления должен быть этапным и последовательным.

5. Очень важным условием эффективной реабилитации является активное участие в процессе самого больного и его семьи. От выполнения этого условия зависит, насколько быстро пойдет выздоровление, скорость возвращения больного к привычной жизни, снижение вероятности стойкой утраты трудоспособности.

Этапы и аспекты реабилитации.

1.Ранний стационарный этап.

Реабилитационные мероприятия при этом заболевании начинаются еще в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии, что во многом определяет их конечный результат.

Физический аспект. Раннее начало адаптации к физическим нагрузкам способствует улучшению трофики миокарда, оптимизации регуляторных механизмов системы кровообращения. Кроме того, ранняя физическая активность предупреждает развитие осложнений, связанных с длительной гипокинезией (пролежней, застойных пневмоний, ортостатической гипотонии, нарушений реологических свойств крови).

Строгая регуляция дозирования физических нагрузок в зависимости от функционального состояния пациентов предполагает разделение пребывания больного в стационаре на 4 этапа или ступени, каждая из которых делится на подэтапы.

1 этап заключается в постепенном увеличении нагрузок в пределах постели (изменение положения, элементарные гигиенические мероприятия и т.д.).

2 этап начинается от первого подъема с постели и заканчивается первым выходом в коридор. Критериями перевода на эту ступень являются стабильное состояние пациента и начало формирования

на ЭКГ коронарного зубца Т. Нагрузки на больного складываются из дозированной ходьбы в пределах палаты, темп которой постепенно повышается, и второго комплекса лечебной гимнастики, предполагающего более интенсивные и продолжительные нагрузки в исходном положении сидя.

3 этап от первого выхода в коридор до первой прогулки на улице. Время начала реализации этой ступени физической реабилитации варьирует в широких пределах, зависит от функционального класса и индивидуальных особенностей течения заболевания.

4 этап. Первый самостоятельный выход больного из помещения отмечает начало четвертой ступени физической активизации, которая проводится уже в рамках позднего стационарного этапа в отделениях восстановительного лечения или в местных санаториях.

Психологический аспект реабилитации. Такое тяжелое, угрожающее жизни состояние, как острый инфаркт миокарда, несомненно, отрицательно сказывается на психологическом статусе пациента, что ухудшает эффективность лечебно – восстановительных мероприятий. Даже адекватная реакция пациента требует вмешательства психологов. Существуют экспресс методы оценки психологического состояния индивидуума по специальной шкале, с помощью которой в баллах оцениваются отдельные симптомы.

2. Поздний стационарный этап.

Проводится в отделениях восстановительного лечения того стационара, где пациент проходил лечение на раннем этапе или в специализированном реабилитационном стационаре или центре. При составлении программы реабилитационных мероприятий на этом этапе необходим тщательный динамический, объективный контроль функционального состояния пациента.

Физический аспект. Предполагает продолжение ступенчатого повышения физических нагрузок, начатое еще на раннем стационарном этапе. Увеличение активности складывается из дозированной ходьбы, темп которой рассчитывается по специальным формулам в зависимости от массы тела, прогулочный ходьбы, а также лечебной гимнастики. Большое значение имеют тренировки

на велотренажерах, позволяющих точно дозировать нагрузки. При необходимости, возможно одновременно выполнять запись ЭКГ.

3. Санаторный этап.

В этом периоде имеет значение и применение ряда физических факторов.

Переводя пациента в загородные условия, мы прежде всего, создаем условия для применения климатотерапии, включающей в себя аэро-, гелио- и талласотерапию (если пациент проживает в соответствующем регионе).

Аэротерапия. Применение свежего воздуха является патогенетически обусловленным мероприятием, так как основным альтернативным фактором при инфаркте миокарда является гипоксия. Положительные эффекты лечебной физкультуры также повышаются, если физические упражнения проводятся под открытым небом. Но при назначении аэротерапии необходимо учитывать погодные условия. Повышенная влажность и сильный ветер снижает переносимость нагрузок на 30 – 40 %.

Гелиотерапия. Вследствие большой нагрузки, оказываемой солнечной радиацией на организм, а также ее способности к усилению процессов свертывания крови этот метод у данной категории больных применяют ограниченно. Как правило, используют миттигированные методики, предполагающие воздействие рассеянными лучами малой экспозиции. Применяется у пациентов I – III ф.к. без нарушения ритма, артериальной гипертензии и гипотонии и нарушений сна.

Бальнеотерапия. Наружное применение минеральных вод. Она способствует:

1. Улучшению микроциркуляции, в том числе и коронарного кровотока (при рефлекторном воздействии);
2. Снижению вязкости крови;
3. Более эффективной утилизации кислорода периферическими тканями;
4. Урежению ритма за счет удлинения диастолы;
5. Повышению ударного объема крови.

Вместе с тем необходимо помнить, что гидростатическое давле-

ние, распространяясь на вены, увеличивает приток крови к сердцу и повышает преднагрузку, то есть повышает способность миокарда в кислороде – возникает эффект, диаметрально противоположенный действию нитроглицерина. Поэтому, назначая бальнеотерапию, апеллируют к местным методикам с использованием 4-х камерных ванн. Кроме того, необходим строгий учет противопоказаний к этому методу, который применим только при I – II ф.к. данного контингента больных. К ним относятся следующие:

1. Частые приступы стенокардии;
2. Любые нарушения сердечного ритма;
3. Сердечная недостаточность выше I стадии.

Наиболее положительный эффект на сердечную деятельность оказывают углекислые и сероводородные ванны. Больным ИБС применяют «сухие» углекислые 4-х камерные ванны, где соответствующая минеральная вода действует в виде паро – воздушной газовой смеси.

4.Амбулаторно – поликлинический этап

Это самый длительный период реабилитации при инфаркте миокарда, продолжающийся не менее 1 года.

Физический аспект. При назначении ЛФК необходимо помнить, что в отличие от прошлых периодов больной получает достаточно интенсивную фоновую нагрузку, выполняя различные виды бытовой и профессиональной деятельности. В связи с этим, основной задачей физического аспекта является не столько восстановление, сколько закрепление толерантности к нагрузкам. Поэтому на данном этапе в основе определения функционального класса лежит трудоспособность пациента и степень ее утраты, а также характер профессиональных и бытовых нагрузок.

Длительные курсы ЛФК в условиях поликлиники имеют особое значение для лиц, образ жизни и профессия которых связана с длительной гипокинезией. С другой стороны, при тяжелых осложнениях инфаркта миокарда, выраженных нарушениях коронарного кровообращения, и связанной с этим стойкой нетрудоспособностью дополнительные нагрузки будут способствовать ухудшению состояния, поэтому противопоказаны. К таким противопоказани-

ям относят:

1. Стенокардию IV ф.к.;
2. Сопутствующую артериальную гипертензию;
3. Заболевания опорно-двигательного аппарата, мешающие выполнению упражнений.

Пациентам I класса проведение ЛФК в условиях поликлиники не имеет смысла, так как толерантность к физическим нагрузкам у них адекватная, а характер профессиональной деятельности и бытовые нагрузки позволяют ее поддерживать. Контингенту IV класса такие занятия противопоказаны, но для них разрабатываются щадящие методики в индивидуальном порядке. Пациентам III ф.к. тренировки проводятся в более щадящем режиме, чем II ф.к.

Занятия проводятся 3 раза в неделю по 30-60 минут. Первые 2-3 месяца составляют подготовительный период, адаптирующий организм к основным нагрузкам. Физическая активность основного периода постепенно увеличивается. Несмотря на стабильное состояние пациентов и хорошую переносимость процедур, необходим постоянный и тщательный мониторинг АД, ЧСС, частоты дыхания, ЭКГ. Замечено, что максимальная частота пульса отмечается при тренирующей ходьбе, беге, «лыжном шаге». Это так называемые «пиковые нагрузки». Увеличение физической активности необходимо осуществлять за счет нагрузок, резко не меняющих частоту пульса.

По завершению курса или при невозможности по тем или иным причинам посещать поликлинику пациенты могут выполнять занятия в домашних условиях на специальной раскладывающейся лестнице. Высота ступени подбирается в зависимости от функционального класса и массы тела.

На поликлиническом, наиболее удаленном от острого периода инфаркта миокарда, сопряженного с электрической нестабильностью миокарда, этапе в значительной степени расширяются показания для физиотерапевтических вмешательств. Кроме рассмотренных бальнеологических процедур и климатотерапии становится возможным применение электрических и электромагнитных факторов. Общим противопоказанием к их применению являются любые нарушения сердечного ритма. Наряду с вышеуказанными пси-

хокорректирующими методиками важное значение в устранении патологических изменений ЦНС имеет электросонтерапия, характеризующаяся воздействием на головной мозг постоянным током в импульсном режиме с низкой частотой.

Применение лекарственного электрофореза. Используют препараты, улучшающие микроциркуляцию (но-шпу, никотиновую кислоту); бета-адреноблокаторы; антикоагулянты и др.

С лечебными и восстановительными целями успешно применяется также действие низкочастотного магнитного поля. При приложении данного фактора в область проекции сердца отмечается уменьшение агрегации тромбоцитов в коронарном русле, повышение силы сердечных сокращений, увеличивается эффективность утилизации кислорода. Оптимизации метаболических процессов кардиомиоцитов способствует также воздействие низкочастотного магнитного поля через рефлекторные механизмы, замыкающиеся на различных уровнях.

Большое значение в восстановительной терапии, лечении и вторичной профилактики пациентов данного контингента имеет лазеротерапия, которая увеличивает эффективность факторов антиоксидантной системы, что имеет важное значение в предотвращении прогрессирования стенокардии.

Если имеющиеся последствия заболевания и состояние пациента на соответствует требованиям его профессии и (или) обычным бытовым нагрузкам, то необходима помощь государства, призванная обеспечить наиболее благоприятные в каждом конкретном случае условия существования индивидуума в обществе.

« Сердце - надо беречь. И не только свое»
(Эмиль Кроткий)

Литература

1. Боголюбов В.М. Техника и методики физиотерапевтических процедур: Справочник. – М., 2007. - 420 с.
2. Епифанов В.А. Медицинская реабилитация- Москва «МЕДпресс-информ», 2005. - 328 с. .
3. Епифанов В.А. . Лечебная физическая культура. Москва - ГЭОТАР-Медиа, 2006 - 568 с.
4. Еремушкин М.А. Основы реабилитации: учебн. пособие для студ. уч-

реждений сред. мед. проф. образования/- 2-е изд., стер.- Москва.:Изд центр»Академия»,2012 г. - 208 с.

5. Козлова Л.В. Основы реабилитации для медицинских колледжей: Учебное пособие: 6-е изд. – Ростов н/Д: Феникс, 2013. - 475 с.
6. Коробов М.В. Сборник нормативно-правовых актов в четырех частях. – СПБИУВЭК – 2006 года.
7. Попов С.Н. Физическая реабилитация Изд. - Ростов н/Д: Феникс, 2005. - 608

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ АРИТМОГЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Романова Нина Аркадьевна, к.м.н., доцент ФГБОУ ВО "Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского"
Минздрава России, Россия, г. Саратов

Паршина Светлана Серафимовна, д.м.н., профессор
ФГБОУ ВО "Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского" Минздрава России, Россия, г. Саратов

Поварова Татьяна Викторовна, врач высшей квалификационной
категории по специальности кардиология, заведующая кардиологическим
отделением НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Саратов-II",
Россия, г. Саратов

Терехов Денис Сергеевич, заведующий 3 кардиохирургическим
отделением ГУЗ "Областной клинический кардиологический диспансер";
Россия, г. Саратов

Куликов Кирилл Андреевич, кардиохирург 3 кардиохирургического
отделения ГУЗ "Областной клинический кардиологический диспансер";
Россия, г. Саратов

Морозов Игорь Александрович, научный сотрудник НИИ кардиологии
ФГБОУ ВО "Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского" Минздрава России, Россия, г. Саратов

Данилова Ирина Васильевна, к.м.н., заведующая отделением
ультразвуковой диагностики НУЗ "Дорожная клиническая больница
на ст. Саратов-II", Россия, г. Саратов

PECULIARITIES OF COURSE AND TREATMENT OF ARRHYTHMOGENIC HEART FAILURE (CLINICAL CASE)

Nina Romanova Candidate of Medical Sciences, Associate Professor Saratov
State Medical University n. a. V. I. Razumovsky Ministry of Health of Russia,
Saratov, Russia

Svetlana Parshina Doctor of Medical Sciences, Professor Saratov State Medical
University n. a. V. I. Razumovsky Ministry of Health of Russia, Saratov, Russia

Tatiana Povarova Doctor of the Highest Qualification Category in Cardiology, Head of Cardiology Department Railway Clinical Hospital at the Saratov-II Station, Saratov, Russia

Denis Terekhov Head of Cardiosurgical Department 3 "Regional Clinical Cardiology Dispensary", Saratov, Russia

Kirill Kulikov Cardiac Surgeon of Cardiosurgical Department 3 "Regional Clinical Cardiology Dispensary", Saratov, Russia

Igor Morozov Researcher Research Institute of Cardiology Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky Ministry of Health of Russia, Saratov, Russia

Irina Danilova Candidate of Medical Sciences, Head of Ultrasonic Department Railway Clinical Hospital at the Saratov-II Station, Saratov, Russia

Аннотация

Представлен клинический случай течения и лечения сердечной недостаточности у пациента с нарушением сердечного ритма – трепетанием предсердий – с положительным эффектом (восстановление синусового ритма, купирование признаков сердечной недостаточности) после проведения радиочастотной абляции.

Abstract Text

Presents a clinical case of clinical course and treatment of heart failure in a patient with disturbances of heart rhythm – atrial flutter – with a positive effect (restoration of sinus rhythm, mild signs of heart failure) after the radiofrequency ablation.

Ключевые слова: сердечная недостаточность, трепетание предсердий, радиочастотная абляция.

Key words: heart failure, atrial flutter, radiofrequency ablation.

В литературе описаны случаи аритмогенной кардиомиопатии с последующим развитием сердечной недостаточности (СН) у пациентов с длительно персистирующими предсердными аритмиями [3,4,5], при этом хирургическое вмешательство – радиочастотная абляция (РЧА) субстрата аритмии или, при невозможности выполнения данной процедуры по какой-либо причине, РЧА атриовентрикулярного (АВ) узла – приводит к положительному результату: восстановлению синусового ритма или нормализации частоты сердечных сокращений и купированию симптомов СН [1,2].

Приводим случай развития острой сердечной недостаточности на фоне имеющейся аритмогенной хронической сердечной недо-

статочности у больного Ул., 47 лет. Пациент поступил в кардиологическое отделение Дорожной клинической больницы (ДКБ) в марте 2016г. с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, периодически учащенное сердцебиение. В течение 10 лет отмечает повышение артериального давления (АД) максимально до 160/100 мм рт. ст. За уровнем АД регулярно не следит, постоянно гипотензивную терапию не получает. Последние 3 года знает о нарушении сердечного ритма по типу фибрилляции (трепетания) предсердий пароксизмальной формы. Неоднократно обследовался в стационарах города, но рекомендации практически не выполнял. Ведёт неактивный физический образ жизни, периодически употребляет алкоголь, в течение 8 лет – идиопатическая подагра. Ухудшение с декабря 2015 г., когда после физической перегрузки и употребления алкоголя появились слабость, потливость, снизилась толерантность к физической нагрузке, при измерении числа сердечных сокращений (ЧСС) электронным тонометром отмечалась тахикардия 130-140 в 1 мин., которую больной переносил удовлетворительно; в феврале 2016г. находился на лечении в Областном клиническом кардиологическом диспансере (ОККД). Диагностировано трепетание предсердий с АВ проведением 2:1 (число желудочковых сокращений – ЧЖС – 140 в 1 мин.). При выполнении доплерэхокардиографии (ДЭхоКГ) фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) – 45%. Планировалось выполнение РЧА, но при проведении чреспищеводной (ЧП) ЭхоКГ диагностирован тромб ушка левого предсердия (ЛП), в связи с чем оперативное лечение и восстановление синусового ритма не проводилось. Рекомендовано продолжить антикоагулянтную терапию. В течение 1 мес. быстро нарастали признаки хронической сердечной недостаточности (ХСН), в марте 2016г. госпитализирован в ДКБ. Тоны сердца приглушены, при аускультации ЧСС = пульсу, 130 в 1 мин. (на электрокардиограмме – ЭКГ – трепетание предсердий с АВ проведением 2:1; см. рис.1). В лёгких дыхание везикулярное; печень не увеличена; отёков ног нет. При холтеровском мониторингировании (ХМ) ЭКГ выявлено трепетание предсердий с АВ проведением 2:1 (ЧЖС – 140 в 1 мин.). ДЭхоКГ: выраженная дилатация ЛП (конечносистолический размер – КСР – 5,1см, конечно-

систолический объём – КСО – 108 мл); небольшая дилатация всех остальных камер сердца; глобальная сократимость ЛЖ умеренно снижена, ФВ ЛЖ не более 35%; тотальное снижение систолической экскурсии стенок ЛЖ без достоверно определяемых зон гипокинезии; диастолическая дисфункция миокарда по псевдонормальному типу; лёгочная гипертензия, систолическое давление в лёгочной артерии 45 мм рт.ст. (трикуспидальная регургитация – TR – 35 мм рт.ст.) при норме не более 36 мм рт.ст.; нижняя полая вена (НПВ) имеет нормальный диаметр и респираторные вариации. Назначено лечение: сердечные гликозиды, препараты калия и магния, средства, улучшающие обменные процессы в сердечной мышце, β -адреноблокаторы, непрямые антикоагулянты и антиагреганты, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, гиполипидемические препараты, диуретики, антиальдостероновые препараты. Учитывая прогрессирующее быстрое снижение ФВ ЛЖ за короткий период времени (декабрь 2015 г. – 65%; февраль 2016 г. – 45%; март 2016г. – 35%), состояние было расценено как тяжёлое течение миокардита, к лечению добавлены нестероидные противовоспалительные препараты и глюкокортикостероиды. На 6-й день пребывания в отделении трепетание предсердий сохранялось, ЧСС 120 в 1 мин., к лечению добавлен кордарон внутрь, проведена смена β -адреноблокаторов (конкор заменён корвитолом). Спустя 3 дня в связи с сохранением тахиаритмии введено внутривенно капельно 300 мг кордарона, после чего у пациента отмечено снижение АД до 60/40 мм рт.ст., сопровождавшееся головокружением, общей слабостью, тошнотой, тяжестью в области сердца, ощущением онемения языка. Введено 90 мг преднизолона внутривенно и 90 мг внутримышечно; АД 105/95 мм рт.ст. Пациент переведён в отделение интенсивной терапии. При осмотре жалобы на общую слабость, одышку при незначительной нагрузке и в покое в горизонтальном положении. Акроцианоз. Тоны сердца аритмичные, ЧСС 110 в 1 мин., пульс 100 (110) в 1 мин. В лёгких дыхание жёсткое, влажные хрипы в нижних отделах. Пальпируется печень на 2 см ниже рёберной дуги. Пастозность нижних конечностей. При проведении ДЭхоКГ через 7 дней по сравнению с данными при поступлении отрицательная динамика: значитель-

ное снижение глобальной сократимости ЛЖ, ФВ ЛЖ – не более 15-20% по методу дисков, 25-30% на уровне средних сегментов; тотальное снижение систолической экскурсии стенок ЛЖ с акинезией передне-перегородочных сегментов; уплощение межжелудочковой перегородки, характерное для перегрузки правого желудочка давлением; диастолическая дисфункция миокарда по псевдонормальному типу; признаки тяжёлой лёгочной гипертензии (симптом "малого выброса", псевдонормализация трансрикуспидального кровотока – TR 23-25 мм рт.ст); признаки декомпенсации по большому кругу кровообращения (НПВ расширена до 2,3 см, коллабирует после глубокого вдоха менее, чем на 50%); увеличение полостей предсердий (КСР ЛП – 5,6 см, КСО ЛП – 120 мл, КСО правого предсердия – ПП – 88 мл). Назначена инфузия дофамина 4-5 мкг/кг/мин. (в последующем со снижением дозы до 3 мкг/кг/мин.), фуросемида 60 мг инфузوماتом 2 мл в 1 час; преднизолон 60 мг внутримышечно. Введение дигоксина отложено до получения результатов анализов на содержание маркёров некроза миокарда. Спустя сутки на фоне проводимой терапии отмечено уменьшение одышки, в горизонтальном положении одышки нет. Акроцианоза нет. Пульс 110 в 1 мин., аритмичный. АД 130/80 мм рт. ст. В лёгких дыхание жёсткое. Печень пальпируется по краю рёберной дуги. Отёков ног нет. Содержание маркёров некроза миокарда, Д-димера, С-реактивного протеина в норме. Лейкоцитоза нет. На ЭКГ сохраняется трепетание предсердий с АВ проведением 2:1, ЧСС 110 в 1 мин.

Таким образом, вероятно, у больного на фоне имеющейся хронической сердечной недостаточности с низкой фракцией выброса (35%) введение кордарона (внутривенно и перорально) оказало отрицательное инотропное действие с развитием острой сердечной недостаточности. К лечению добавлен дигоксин; в связи с высокой лёгочной гипертензией – раствор нитроглицерина 0,1% -10,0 мл инфузوماتом 1,0 мл/ч. ДЭхоКГ: отмечена положительная динамика, снижение лёгочной гипертензии до 35 мм рт.ст., исчезновение декомпенсации по большому кругу кровообращения, положительная динамика локальной сократимости межжелудочковой перегородки, однако сохранялась низкая ФВ ЛЖ – не более 25%.

Учитывая всё выше изложенное, следует отметить, что поражение миокарда у пациента носит сложный характер: в анамнезе – подагра, употребление алкоголя, присоединение аритмогенной дилатации полостей. Убедительных данных в пользу миокардита нет (отсутствует увеличение СОЭ, лейкоцитоз, повышение содержания С-реактивного протеина, креатинфосфокиназы – КФК– и тропонина); ишемический генез поражения миокарда не установлен (маркёры некроза миокарда в норме: КФК 87 ЕД/л, МВ КФК 10 ЕД/л, исследование сыворотки крови на содержание тропонина I – тест отрицательный); данные за тромбоэмболию лёгочной артерии отсутствуют (нет высокой лёгочной гипертензии, показатель Д-димера отрицательный). У больного имеется кардиопатия смешанного генеза, осложнение: ХСН II Б стадии, ФК III; трепетание предсердий; тромб ушка ЛП (по архивным данным); острая сердечная недостаточность (купированная). Сопутствующий диагноз: идиопатическая подагра, межприступный период.

Пациент консультирован аритмологом: в связи с наличием длительно персистирующей формы фибрилляции/трепетания предсердий с развитием аритмогенной кардиопатии и ХСН высокого функционального класса, отсутствием должного эффекта от комплексной терапии, наличием тромба в ушке ЛП, целесообразна имплантация постоянного электрокардиостимулятора и РЧА АВ соединения с целью контроля ЧСС; рекомендован перевод в ОККД.

Данные ДЭхоКГ при поступлении в ОККД: исследование проводилось на фоне трепетания предсердий, ЧЖС 141 в 1 мин. Выраженное расширение полости ЛП (КСР – 5,0 см, КСО – 91 мл) и умеренное – полости ПП (КСО – 78 мл). Относительная митральная регургитация I степени, относительная трикуспидальная регургитация I степени. Умеренное расширение полости и диффузная гипокинезия ЛЖ (без истончения стенок). Смешанная гипертрофия ЛЖ (диастолическая толщина стенок ЛЖ – 1,2-1,0 см, масса миокарда – ММ –ЛЖ – 239 г; индекс ММ ЛЖ 109 г/м²). Глобальная сократимость ЛЖ снижена, ФВ ЛЖ – 38 %. Среднее давление в лёгочной артерии – 29 мм рт. ст. ЧП ЭхоКГ: в основании ушка ЛП визуализируется эхопозитивное образование вытянутой формы, которое с учётом использования «3D- режима» расценено как

избыточная трабекулярность ушка ЛП. Убедительных данных за тромбоз ушка ЛП не получено. После проведения эндокардиального электрофизиологического исследования осуществлена РЧА каватрикуспидального перешейка с положительной динамикой: восстановление синусового ритма, ФВ ЛЖ – 52 %.

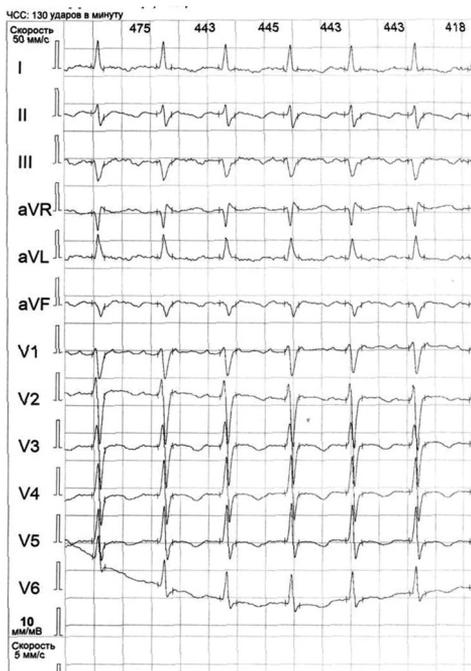


Рис. 1. ЭКГ больного Ул., 47 лет .

Заключение. Данный случай демонстрирует развитие острой сердечной недостаточности с резким падением фракции выброса левого желудочка на фоне введения кордарона у пациента с имеющейся аритмогенной хронической сердечной недостаточностью, быструю положительную динамику в виде восстановления сердечного ритма и повышения ФВ после проведенной РЧА каватрикуспидального перешейка, что должно напомнить врачам и пациентам о необходимости своевременной терапии сложных нарушений сердечного ритма. Тромбоз ушка ЛП не позволил своевременно выполнить РЧА, но даже на фоне быстрого аритмогенного ремоделирования сердца РЧА оказалась эффективной.

Литература

1. Лечение тяжелой сердечной недостаточности, обусловленной аритмогенной кардиомиопатией, у пациента с непрерывно рецидивирующей тахикардией Кюмеля с левосторонней локализацией добавочного пути проведения / А.В. Ардашев [и др.] // Кардиология. – 2016. – № 2. – С. 75-80.
2. Хачатрян, Л.А. Индуцированная тахикардией кардиомиопатия (аритмогенная кардиомиопатия) / Л.А. Хачатрян, С.В. Джамалян // Научно-Практический Медицинский Журнал "Медицинский вестник Эрзурум". – 2007. – № 31. – С. 15-16.
3. Characteristics of congestive heart failure accompanied by atrial fibrillation with special reference to tachycardia-induced cardiomyopathy / T. Fujino [et al.] // Circ. J. – 2007. – V.71, №6. – P.936-940.
4. Tachycardia-induced cardiomyopathy: mechanisms of heart failure and clinical implications / L. Calo [et al.] // J. Cardiovasc. Med. – 2007. – V.8, № 3 – P.138-143. 5. Steinhoff, J.P. Tachycardia-induced cardiomyopathy: atrial fibrillation and congestive heart failure / J.P. Steinhoff, R.G. Sheahan // Am. J. Med. Sci. – 2005. – V. 329, № 1. – P. 25-28.

ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИСТИННОЙ ЭКЗЕМЫ

Денисова Яна Евгеньевна, к.м.н., Россия, г. Белгород

Масная Маргарита Васильевна, аспирант Белгородского государственного национального исследовательского университета, Россия, г. Белгород

Чурносов Михаил Иванович, д.м.н., профессор Белгородского государственного национального исследовательского университета, Россия, г. Белгород

Крикун Евгений Николаевич, д.м.н., профессор Белгородского государственного национального исследовательского университета, Россия, г. Белгород

Этиопатогенетические аспекты развития экземы, освещённые в современных научных изданиях, носят весьма противоречивый характер. Большинство авторов считают, что экзематозный процесс развивается в результате комплексного воздействия нейроаллергических, эндокринных, обменных и экзогенных. По современным представлениям, в развитии экземы главную роль играют Т-лимфоциты, несущие на своей поверхности специфические рецепторы к антигену и выделяющие ряд противовоспалительных цитокинов: IL-1, IL-2, TNF α . Выброс биологически активных веществ вызывает развитие тканевых реакций воспаления, что клинически

проявляется аллергическим ответом в виде гиперемии, отека, зуда. Провоспалительные цитокины вызывают индукцию экспрессии молекул адгезии на лейкоцитах и эндотелиальных клетках, вследствие чего стимулируется приток лейкоцитов из сосудистого русла в очаг воспаления путем их трансэндотелиальной миграции.

В этой связи нами проведено исследование по изучению роли генетических факторов в формировании истинной экземы.

Группу исследования составили 552 человека: 230 больных с хронической истинной экземой и 322 человека контрольной группы. На момент обследования из 230 пациентов отягощенный семейный анамнез по заболеванию был выявлен у 80 больных (34,78%), 150 больных ХИЭ (65,22%) не имели наследственной отягощенности. В исследуемые группы включались лица русской национальности, которые являлись уроженцами Центрального Черноземья Российской Федерации и не имели родства между собой. Материалом для исследования послужила венозная кровь в объеме 8-9 мл, взятая из локтевой вены пробанда. Выделение геномной ДНК из периферической крови проведено методом фенольно-хлороформной экстракции.

Всем пациентам проводилось типирование генетических полиморфизмов фактора некроза опухоли α (-308G/A TNF α), лимфотоксина α (+250A/G Lt α), рецепторов фактора некроза опухоли 1-го и 2-го типов (+36 A/G TNFR1 и +1663A/G TNFR2).

Анализ локусов генов-кандидатов осуществлялся методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) синтеза ДНК. ПЦР проводилось на амплификаторе IQ 5 (Bio-Rad) в режиме real time с использованием ДНК-полимеразы *Thermus aquaticus* производства фирмы «Силекс-М» и олигонуклеотидных праймеров и зондов, синтезированных фирмой «Синтол». Генотипирование ДНК-маркера осуществлено методом анализа дискриминации аллелей на основе Taq Man зондов.

Установлено, что факторами риска формирования хронической истинной экземы у индивидуумов без отягощенного семейного анамнеза являются генетические варианты -308A TNF α (OR=1,56), +250G Lt α (OR=1,51) и +250GG Lt α (OR=2,88). У индивидуумов с

наследственной отягощенностью фактором риска развития данного заболевания служит +1663G TNFR2 (OR=1,58).

СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, НЕ ИМЕЮЩИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Никитина Н. М., Романова Т. А., Ребров А. П.

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов

Ревматоидный артрит (РА) является одним из наиболее распространенных заболеваний суставов с высоким сердечно-сосудистым риском. Уровень кардиоваскулярной смертности при РА на 60% выше, чем в общей популяции.

Системное воспаление у больных РА, независимо от уровня АД, способствует снижению эластичности артерий мелкого и крупного калибра по сравнению с лицами без ревматических заболеваний. В отсутствие факторов сердечно-сосудистого риска РА может являться самостоятельным фактором риска развития артериальной гипертензии, атеросклероза и его осложнений.

Цель: выявить особенности суточной жесткости артерий у больных РА, не имеющих патологии сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы. Проведено анкетирование, осмотр, суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и жесткости артерий с использованием монитора VPlab с функцией VASOTENS («Пётр Телегин», Россия) у больных РА и здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Первая группа - 37 женщин с РА (средний возраст $53 \pm 7,06$ лет, средняя длительность РА $11 \pm 5,2$ лет, средний DAS 28 - $4,91 \pm 0,89$), вторая группа - 22 практически здоровые женщины (средний возраст $51,13 \pm 6,25$ лет). В исследование включали пациентов с РА, получающих не менее 3 месяцев базисную противовоспалительную терапию, подписавших информированное согласие. Критериями исключения являлись наличие гипертензии, заболеваний сердечно-сосудистой системы, курение, сахарный диабет.

Результаты.

По данным СМАД все обследованные больные РА и лица группы контроля имели сопоставимые уровни АД (среднедневные показатели 115,94 / 76,47 мм рт. ст. и 118,59 / 76,86 мм рт. ст. соответственно, $p=0,8$; средненочные показатели 110,16 / 70,44 мм рт. ст. и 107 / 68 мм рт. ст. соответственно, $p=0,4$).

Индекс ригидности сосудов в течение суток (ASI 24) был достоверно выше у больных РА по сравнению с индексом ригидности у лиц группы контроля (128,5 [122;139] мм рт. ст. и 125 [114,75;12] мм рт. ст., соответственно, $p=0,04$), при приведении данного показателя к АД 100 мм рт. ст. и ЧСС 60 ударов в минуту (ASI 24, 60), данная тенденция у больных РА сохраняется (121 [109,5;139] мм рт. ст. и 107 [103;115] мм рт. ст. соответственно, $p=0,014$). Дневные и ночные значения ASI и ASI 60 были выше у больных РА, однако, различия не достигали степени достоверности ($p=0,06$), что может быть связано с недостаточным числом обследованных пациентов.

Все больные РА (100%) и треть (27%), сопоставимых по возрасту лиц из группы контроля имели средний риск развития ишемической болезни сердца ($p=0,0001$), рассчитанный автоматически по среднему ASI (80 мм рт. ст. < ASI < 209 мм рт. ст.).

Среднее значение амбулаторного индекса ригидности сосудов (AASI) у больных РА было достоверно выше, чем у лиц контрольной группы ($0,48\pm 0,2$ и $0,29\pm 0,17$ соответственно, $p=0,00001$). Повышение AASI более 0,7, т.е. патологическое его значение, достоверно чаще встречалось у больных РА - 4 (16,6%) больных, а у здоровых лиц повышение данного индекса не зафиксировано ($p=0,02$).

Средние значения скорости распространения пульсовой волны в аорте (PWV_{ao}) у пациентов обеих групп были сопоставимы ($10,57\pm 1,02$ м/с и $10\pm 0,34$ м/с, соответственно, $p=0,1$), однако, повышение PWV_{ao} достоверно чаще встречалось у больных РА (79,16% и 40,9% соответственно, $p=0,006$).

Значения индекса аугментации (AI_x) у больных РА и лиц контрольной группы были сопоставимы, патологических значений данного показателя не зафиксировано. Повышение среднего значения индекса аугментации, приведенного к ЧСС 75 ударов в минуту

(AIx 75), чаще встречалось у больных РА - 25% (6 больных), чем у лиц группы контроля 9,09% (2 случая), однако, различия были статистически недостоверны ($p=0,08$).

Больные РА и лица группы контроля не имели статистически значимых различий в суточных колебаниях AIx и индекса отраженной волны (RWTT).

Выводы. Выявлено снижение эластических свойств артерий у больных РА без сердечно-сосудистых заболеваний. Повышение скорости распространения пульсовой волны в аорте и средних значений амбулаторного индекса ригидности сосудов достоверно чаще встречались у больных с РА, чем у лиц группы контроля. Все больные РА без сердечно-сосудистых заболеваний имели средний риск развития ИБС, рассчитанный автоматически по среднему индексу ригидности. Не выявлено изменений суточных колебаний ригидности сосудов у больных РА по сравнению с лицами контрольной группы.

Выполнение суточного мониторинга жесткости артерий у больных РА может быть полезным для выделения групп среднего и высокого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

ВАРИАЦИИ СОСУДИСТОЙ РИГИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ ПРИЕМА КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ.

*Сижажева Софиат Хасеновна, ассистент кафедры факультетской
терапии Кабардино-Балкарского государственного университета,
Россия, г. Нальчик*

*Уметов Мурат Анатольевич, д.м.н., профессор кафедры факультетской
терапии Кабардино-Балкарского государственного университета,
Россия, г. Нальчик*

VARIATIONS VASCULAR STIFFNESS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2 IN PATIENTS RECEIVING COMBINATION ANTIHYPERTENSIVE THERAPY.

*Sizhazheva Sofiat, the assistant chair of faculty therapy of Kabardino-Balkarian
state University, Nalchik*

*Umetov Murat, MD, Professor, Department of faculty therapy of Kabardino-
Balkarian state University, Nalchik*

Аннотация

В работе представлено исследование влияния терапии фиксированной комбинацией амлодипина и рамиприла на показатели жесткости сосудов у пациентов с сочетанием артериальной гипертензии и сахарного диабета 2 типа.

Abstract

The paper presents a study of the effect of fixed combination therapy of amlodipine and ramipril on the rigidity of blood vessels in patients with combination of arterial hypertension and diabetes mellitus.

Ключевые слова: жесткость сосудов, скорость распространения пульсовой волны, диабет, рамиприл, амлодипин.

Keywords: vascular stiffness, the velocity of propagation of pulse wave, diabetes, ramipril, amlodipine.

Одним из главных органов-мишеней при различных заболеваниях являются сосуды. В первую очередь изменение сосудистой стенки отмечают при артериальной гипертензии (АГ) и сахарном диабете (СД) второго типа. [1]. В последних рекомендациях Европейского общества гипертензии и Европейского общества кардиологии по проблеме АГ параметрам жесткости сосудистой стенки

уделяется большое внимание, так как доказана их высокая прогностическая значимость на доклинических стадиях сердечно-сосудистых заболеваний [4,5]. Особенно важна оценка артериальной жёсткости среди лиц, у которых она заведомо может быть повышена. Эта категория пациентов представлена в большинстве своем пациентами с наличием, преимущественно СД 2 типа в сочетании с АГ [2]. У пациентов с СД 2 типа вероятность развития ССО в 4–6 раз превышает таковую у больных с тем же набором факторов риска без диабета. В результате наблюдений выявлена высокая достоверная связь скорости пульсовой волны (СПВ) со смертностью не только у пациентов с СД, но и с нарушением толерантности к глюкозе. [3] В связи с этим, важным вопросом в терапии коморбидных пациентов является подбор антигипертензивной терапии, способной положительно влиять не только на цифры артериального давления (АД), но и на показатели жесткости сосудов.

Цель исследования: изучить роль показателей суточного мониторинга АД в оценке жесткости сосудистой стенки у пациентов с СД 2 типа в сочетании с АГ 2 и 3 степени тяжести под влиянием фиксированной комбинации амлодипина и рамиприла.

Материалы и методы: обследовано 40 больных с СД 2 типа и АГ 2 и 3 степени в возрасте $57,3 \pm 4,5$ лет (30 мужчин и 10 женщин), получавших фиксированную комбинацию амлодипина 5 мг и рамиприла 10 мг (Эгипрес, Эгис) в течение 8 недель. Группу сравнения составил 21 больной с СД и АГ 2 и 3 степени, которые принимали традиционную антигипертензивную терапию, группу контроля – 20 клинически здоровых лиц. Все обследованные были сопоставимы по возрастному и половому составу. Эластические свойства артерий изучались с помощью суточного монитора артериального давления компании «Петр Телегин» (Россия) и программного комплекса по исследованию жесткости артерий VPLab. Статистическую обработку проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica 10,0.

Результаты исследования: при оценке упруго-эластических свойств сосудистой стенки у обследованных больных отмечено достоверное снижение времени распространения пульсовой волны

(RWTT) на 28% у больных АГ 2 и 3 степени тяжести ($117,3 \pm 1,6$ мс) в сравнении с контролем ($162,8 \pm 1,6$ мс), ($p < 0,01$). Индекс ригидности (ASI) на 41% соответственно, превышал контрольные значения ($112,1 \pm 1,2$ мм). Выявленные изменения свидетельствуют о снижении упруго-эластических свойств сосудов у обследованных больных. Определение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ), являющейся критерием жесткости сосудистой стенки выявило, что у больных с сочетанной патологией СРПВ составила $173,4$ м/с, что на 31% ($p < 0,01$) превышала уровень контрольной группы ($132,3 \pm 1,5$ м/с), ($p < 0,01$). Через 8 недель приема фиксированной комбинации рамиприла и амлодипина выявлено снижение RWTT на 23% в сравнении с группой контроля, в свою очередь у группы сравнения, принимавшей традиционную терапию, отмечалось снижение на 27%. ASI в исследуемой группе на 38,6% превышал показатели в группе контроля, а во второй группе - на 40,2%. Один из главных критериев упругости артерий - СРПВ у пациентов, получавших амлодипин с рамиприлом на 28% превышал уровень группы контроля и на 30% уровень пациентов со стандартным лечением, соответственно.

Выводы:

1. Индекс ригидности (ASI) и скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) у пациентов с сочетанием СД 2 типа и АГ 2,3 степени превышал контрольные значения на 41% и 32% соответственно, что является ранним предиктором поражения сосудистой стенки и изменением эластических свойств в сторону повышения жесткости артерий.

2. После 8 недель лечения фиксированной комбинацией рамиприла и амлодипина в исследуемой группе отмечались благоприятные изменения параметров жесткости артерий по сравнению с предшествующим исследованием в этой же группе без применения данной терапии, а так же в сравнении с группой, получавшей традиционную антигипертензивную терапию.

Литература

1. Новые возможности оценки артериальной ригидности – раннего маркера развития сердечно-сосудистых заболеваний. Материалы симпозиу-

- ма. – М.: Издательский дом "Русский врач", 2007. – 48 с.
2. Asmar R., Rudnichi A., Blacher J., et al. Pulse pressure and aortic pulse wave are markers of cardiovascular risk in hypertensive populations // *Am. J. Hypertens.* – 2001. – № 14 (2). – P. 91-97.
 3. Орлова Я.А., Агеев Ф.Т. Жесткость артерий как интегральный показатель сосудистого риска: физиология, методы оценки и медикаментозной коррекции // *Сердце.* – 2006. – Т. 5, № 2. – С. 65-69.
 4. Недогода С.В., Чаляби Т.А. Сосудистая жесткость и скорость распространения пульсовой волны: новые факторы риска сердечно-сосудистых осложнений и мишени для фармакотерапии // *Consilium Medicum: Болезни сердца и сосудов.* – 2006. – № 4. – С. 25-29.
 5. Олейников В.Э., Матросова И.Б., Борисочева Н.В. Клиническое значение исследования ригидности артериальной стенки. – Ч. 1 // *Кардиология.* – 2009. – № 1. – С. 59-64.

СОДЕРЖАНИЕ:

Горячева С.А., Приходько О.Б., Кострова И.В. ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	3
Приходько О.Б., Кострова И.В., Зенкина А.С. ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПЛАЦЕНТЕ У БОЛЬНЫХ С НЕКОНТРОЛИРУЕМЫМ ТЕЧЕНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ.....	10
Лукашевич М.Г., Усейнова Н.Н. ЗНАЧЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕАКТИВНОСТИ И СОСТОЯНИЯ КАЛЛИКРИИН-КИНИНОВОЙ СИСТЕМЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПОВТОРНЫХ ОБСТРУКЦИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ.....	16
Бережанский П.В., Черных Т.А., Бережанская Ю.С. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯРНОГО РУСЛА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЧАСТОТЫ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКОМ ДОШКОЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ.....	21
Олейник Н.А. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВТОРНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ.....	24
Зырянова К.С., Максимова А.С. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНЫМИ ЛИЗАТАМИ И ФИТОПРЕПАРАТАМИ.....	26
Горбунов А.В., Дубинец И.Д., Петров А.С. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ УХА И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ЧЕЛЯБИНСКОЙ И КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТЕЙ.....	28
Капранова Е.А., Вишнякова В.А., Коновалова А.А. ДИНАМИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЛЮДЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, ПРОХОДЯЩИХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ КУРС «ГАЛАКАМЕРА».....	31
Мокрецова Л.А. СОВРЕМЕННЫЕ ФОРМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА.....	37
Романова Н.А., Паршина С.С., Поварова Т.В., Терехов Д.С., Куликов К.А., Морозов И.А., Данилова И.В. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ АРИТМОГЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....	46

Денисова Я.Е., Масная М.В., Чурносков М.И., Крикун Е.Н. ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИСТИННОЙ ЭКЗЕМЫ.....	53
Никитина Н.М., Романова Т.А., Ребров А.П. УТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, НЕ ИМЕЮЩИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	55
Сижажева С.Х., Уметов М.А. ВАРИАЦИИ СОСУДИСТОЙ РИГИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ ПРИЕМА КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ	58

Научное издание

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ
Всероссийских научно-практических конференций
с международным участием
«Фундаментальные и прикладные исследования
в педиатрии и детской хирургии» и
«Внутренние болезни: традиции и инновации
в диагностике, лечении и реабилитации»

Подписано к печати 18.01.2017 г. Бумага офсетная.
Формат 60x84/16. Усл. печ. л. 3,72. Гарнитура Таймс.
Тираж 210 экз. Заказ № 1/1801-17.

АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
410012, г. Саратов, ул. Большая Казачья, 45

ООО «Издательство Десятая Муза»
410056, г. Саратов, ул. Астраханская, 88. Тел.: (8452) 90-55-40
129329 г. Москва, СВАО, ул. Ивовая, 2. Тел. 8-800-222-22-18
e-mail: izd-muza@yandex.ru
www.desyataya-muza.com

Отпечатано в типографии ООО «Издательство Десятая Муза»