(при латентном течении) КПВ. При гипореактивно-отсроченном КПВ развития интегральный показатель увеличивается в периоде ремиссии, что можно как отсроченный характер накопления изменений гомеостаза (МВ = 0,131). При ареактивном КПВ пиелонефрита изменения интегрального показателя носят сниженный характер на протяжении всего течения болезни (МВ = -0,065 и МВ = -0, 091), являющийся подтверждением «ареактивности» процесса. На основе установленных КПВ развития пиелонефрита необходимо строить алгоритмы индивидуализации терапевтической тактики на различных этапах лечения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОИМИТАТОРА NEURO PRO 0.25 В ОЦЕНКЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА У БОЛЬНЫХ ИБС

Маль Г.С., Белоусова Е.В, Афанасьева Н.А., Догадаева И.А., Веннюков В.В.
Курский государственный медицинский университет, Курск

Целью исследования явилась выработка подхода к использованию нейросетевых классификаторов для прогнозирования гиполипидемического эффекта и выявления значимости факторов, способных повлиять на результат фармакотерапии ишемической болезни сердца (ИБС) на основе параметров липидтранспортной системы.

Для решения задачи прогнозирования гиполипидемического эффекта на основе результатов состояния липидтранспортной системы были использованы нейронные сети, которые позволяют на основании определенного набора параметров липопротеидов (ЛП) оценить вероятность проявления гиполипидемической активности препаратов при лечении ИБС. Применяли оригинальную разработку - нейронную сеть, построенную на архитектуре многослойного персептрона с прямыми связями между нейронами и алгоритма обратного распространения ошибки с введением в сеть коэффициента крутизны дискриминантной функции модели, позволяющего варьировать скорость обучения сети

Результаты исследования показали, что наибольшую значимость влияния на гипохолестериемический эффект имеют такие экзогенные факторы как уровень артуриального давления, возраст, курение, алкоголь, малоподвижный образ жизни и из эндогенных факторов, отражающих базальный уровень ЛП, наибольшую значимость играют уровень холестерина (ХС) липопротеидов высокой плотности (ЛВП) и ХС липопротеидов низкеой плотности (ЛНП), а также уровень апопротеина А 1.

Таким образом, выявлено, что наличие вредных привычек и факторов риска снижают степень выраженности гипохолестеринемического эффекта у больных ИБС с изолированной гиперхолестеринемией (ГХС). Следовательно, наряду с фармакотерапией статинами необходимо осуществлять коррекцию экзогенных факторов, влияющих на прогноз лечения. Степень выраженности гипохолестеринемического эффекта обусловлено также более высоким уровнем ХС ЛВП и апопротеина А1, а также низким уровнем ХС ЛНП.

Учитывая влияние различных экзогенных и эндогенных факторов на гиполипидемический эффект представлялось интересным определить прогноз выраженности влияния препаратов на липидтранспортную систему у больных ИБС.

Так при лечении статинами у больных ИБС с изолированной ГХС можно прогнозировать гиполипидемический эффект не менее 15% ($p<0,05$) у 17,5% больных, а более 20% ($p<0,05$) у 23% больных и только недостоверный гипохолестеринемический эффект около 5% возможен только не более, чем у 5% больных. Но наряду с гипохолестеринемическим эффектом статины способны оказать гипотриглицеридемический эффект, который имеет аналогичную степень вероятности проявления, а у 5% больных может приводить к снижению триглицеридов на 25%.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что наиболее вероятный гипохолестеринемический эффект статинов в дозе 20 мг/сут в пределах 15-25% можно прогнозировать не менее, чем у 25% больных в сочетании с гипотриглицеридемическим эффектом. Увеличение дозы статинов возможно обеспечат проявления гиполипидемического эффекта у большего процента больных ИБС.

СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ

Маржохова М.Ю., Каблахова Ю.О.
Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

Содержание МДА в плазме крови и каталазы эритроцитов определяли у 32 больных сальмонеллезом. Из них 18 женщин и 14 мужчин в возрасте от 19 до 67 лет. У 5 человек болезнь протекала в легкой форме, у 19 – в среднетяжелой, у 8 – в тяжелой. У всех больных диагноз был подтвержден бактериологически (у 22 из испражнений была выделена Salm. Enteritidis, у 10 – Salm. typhi murium). У 23 больных наблюдался гастроэнтеритический, а у 9 - гастроэнтероколитический вариант гастроинтестинальной формы сальмонеллеза. У 13 больных было отмечено наличие сопутствующих заболевания бактериальной этиологии (у 4 – хронический холецистит и панкреатит, у 3 – хронический пиелонефрит, у 3 – заболевание протекало на фоне хронического алкоголизма, у 1 – сахарного диабета, у 2 на фоне амебиаза). Больные обследовались в периоде разгара заболевания, угасания клинических симптомов и в периоде ранней реконвалесценции перед выпиской. В качестве контрольной группы были обследованы доноры, сопоставимые с группой обследованных по возрасту и полу.

У больных сальмонеллезом установлено закономерное возрастание содержания МДА в сыворотке крови с максимальным значением в периоде разгара заболевания (3,7±0,13). Эти изменения имели место на фоне основных клинических проявлений заболевания – слабости, лихорадки, диареи, болей в животе, тошноты, рвоты. В периоде угасания клинических

симптомов, параллельно улучшению самочувствия больных, уменьшению симптомов интоксикации, нормализации температуры, наблюдалось достоверное снижение МДА в сыворотке крови. В периоде ранней реконвалесценции изучаемый показатель продолжал существенно уменьшаться, но и в периоде ранней реконвалесценции оставался выше, чем у здоровых (2,3±0,16).

Уровень каталазы эритроцитов в периоде разгара клинических симптомов достоверно повышался (58,1±1,31). В периоде угасания клинических симптомов, наблюдалось постепенное снижение уровня активности фермента с приближением к норме в период ранней реконвалесценции.

Содержания малонового диальдегида в сыворотке крови и каталазы эритроцитов у больных сальмонеллезом зависело от тяжести патологического процесса, варианта течения, сопутствующих заболеваний и осложнений. Наиболее выраженные изменения содержания изучаемого показателя наблюдались при тяжелом течении сальмонеллеза, наличии колита, неблагоприятного преморбидного фона и осложнений. Выявленные закономерности являются показателями усиления процесса перекисного окисления липидов, а также активизации системы антиоксидантной защиты, которые занимают важное место в патогенезе данного заболевания.

ИЗМЕНЕНИИ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Мингазетдинова Л.Н., Муталова Э.Г., Каневская Н.П., Амирова А.Р., Фатхуллина Г.Ф.
Башкирский государственный медицинский университет

В настоящее время артериальная гипертензия (АГ) часто сочетается с ожирением, при наличии инсулинорезистентности, гиперлипидемии, гиперглицеридемии и нарушения толерантности к глюкозе развивается метаболический синдром (МС). Смертность , связанная с избыточной массой тела, является главной проблемой в Европейских странах. Развивающаяся инсулинорезистентность активирует липогенез, повышая уровень холестерина, триглицеридов, а повышенные уровни триглицеридов плазмы и инсулина с наличием ожирения могут быть единственными метаболическими нарушениями. Наличие ожирения часто предшествует развитию метаболических изменений. Эти изменения способствуют нарушению функции тромбоцитов с развитием тромбоза. Однако, механизм нарушения тромбоцитарного звена гемостаза у больных артериальной гипертонией с метаболическим синдромом изучен недостаточно.

Полагают, что такие важные компоненты МС как гиперлипидемия, инсулинорезистентность способствуют активации тромбоцитов и формируют склонность к гиперкоагуляции

Цель работы: изучить характер тромбоцитарного гемостаза у больных АГ с метаболическими нарушениями.

В нашей работе представлены результаты обследования 130 женщин с ожирением и артериальной гипертонией 2-3 степени. Избыточная масса тела имелась у всех больных, индекс массы тела в среднем составил32,77±0,7 при нормальном индексе≤25. Все больные были разделены на три группы по степени инсулинорезистентности, где учитывалось соотношение глюкоза/инсулин ≤6. В первую группу вошли больные с артериальной гипертонией и без инсулинорезистентности, т.е. без нарушения углеводного обмена. Во вторую группу были включены женщины с ожирением и артериальной гипертонией, имеющие инсулинорезистентность. Отдельную (третью) группу составили женщины с артериальной гипертонией и легкой формой сахарного диабета 2 типа (группа сравнения).

Анализ агрегации тромбоцитов проводился фотометрическим способом, основанным на флюктуации светопропускания: вызванной случайным изменением числа частиц в оптическом канале (З.А. Габбасов с соав., 1989): в качестве индукторов взяты ристомицин в дозе 1,2 мл. и АДФ – 5 мл. Углеводный обмен определялся исследованием уровня глюкозы натощак и на фоне углеводной нагрузки (75 г. глюкозы). Липидный обмен изучался по содержанию общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой плотности (ХЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХЛПНП), триглицеридов.

Средний уровень артериального давления в обследованных группах был различен. Так систолическое артериальное давление достоверно выше в группе больных сахарным диабетом, но не отличалось между группами без инсулинорезистентности и с инсулинорезистентностью. Уровень диастолического давления выше как в группе с инсулинорезистентностью, так и сахарным диабетом по сравнению с первой группой. Обнаружена прямая корреляционная зависимость между диастолическим артериальным давлением и уровнем глюкозы через час после нагрузки ($r=0,67$, $p<0,05$), что указывает на более тяжелое течение артериальной гипертонии у больных с инсулинорезистентностью Гиперинсулинемия была выявлена только у больных с инсулинорезистентностью, зависела от наследственности по сахарному диабету. В нашем исследовании отмечается достоверное увеличение С-пептида у больных с артериальной гипертонией и инсулинорезистентностью и сахарным диабетом (1,70±0,4 мг/мл и 2,07±0,14 мг/мл, $p<0,001$ при контроле 0,67±0,06).

У больных артериальной гипертонией с инсулинорезистентностью, сахарным диабетом также выявлено повышение уровня холестерина, триглицеридов, ХЛПНП и снижение ХЛПВП. Повышение триглицеридов отмечено у женщин с ожирением и без нарушения углеводного обмена. В целом, результаты наших исследований указывают на наличие взаимосвязи между гиперинсуленемией, ожирением и нарушением липидного спектра. Проведенный корреляционный анализ определил связи уровня общего холестерина плазмы у больных артериальной гипертонией с метаболическими нарушениями и уровнями триглицеридов, ХЛПНП и наследственностью по сахарному диабету ($r=0,83$; 0,65; 0,96 при $p<0,05$), т.е. наличие мета-