

группы: А – с пороговой мощностью (ПМ) до 75 Вт (35 человек), В – выше 75 Вт (32 человека). Больным обеих групп в начале исследования, через 3, 6 и 12 месяцев поликлинической реабилитации проводились велоэргометрический тест (ВЭМ), эхокардиография (ЭхоКГ).

У пациентов группы сравнения в течение 12 месяцев обычной поликлинической реабилитации отмечена только тенденция к росту ПМ, толерантности к физической нагрузке (ТФН), объема выполненной работы (Vp), хронотропного резерва (ХР) и достоверное увеличение инотропного резерва (ИР) на 44,7 %. Двойное произведение (ДП) увеличилось по сравнению с исходным уровнем уже к 6 месяцу на 14,1 % ( $p < 0,005$ ), а к 12 – на 15,9 %, при одновременной тенденции к нарастанию индекса экономичности (ИЭ), что свидетельствовало о снижении экономичности работы сердечной мышцы.

Анализ динамики физической работоспособности в зависимости от её исходных значений в подгруппе А показал, что в начале исследования ПМ, ТФН, Vp, ИР, ХР были более низкими ( $p < 0,001$ ), а ИЭ более высоким ( $p < 0,05$ ) по сравнению со значениями в подгруппе В, что свидетельствовало о более низкой экономизации работы сердца в этой подгруппе. Через 3 месяца у них увеличились ПМ – на 56 %, ТФН – на 94 %, Vp – на 104,2%, ДП – на 23 %, ХР – на 43,5 % ( $p < 0,001$ ), ИЭ уменьшился на 25,6 % ( $p < 0,01$ ). Через 6 месяцев в подгруппе А увеличились по сравнению с их значением к 3 месяцу ПМ, Vp, ИР и снизился ИЭ ( $p < 0,01$ ). К 12 месяцу наблюдения показатели ВЭМ оставались на уровне 6 месяца реабилитационных мероприятий.

В подгруппе В через 3 месяца ВТ по методу СВН увеличились по сравнению с исходным уровнем ПМ на 17,8 % ( $p < 0,01$ ), ТФН – на 21,4 % ( $p < 0,001$ ), ДП – на 16,2 % ( $p < 0,05$ ), ИЭ не изменился. Через 6 месяцев достоверно возросли по сравнению с их значением к 3 месяцу наблюдения ПМ, ТФН, Vp ( $p < 0,01$ ), остальные показатели не изменились. К 12 месяцу поликлинической реабилитации в подгруппе В изменений показателей ВЭМ по сравнению с их значениями после 6-ти месячной реабилитации не отмечено, за исключением увеличения ХР ( $p < 0,05$ ) и уменьшения ИЭ ( $p < 0,05$ ), что свидетельствовало об улучшении механизмов адаптации сердечно-сосудистой системы к физическим нагрузкам. У пациентов группы А на протяжении всего периода наблюдения отмечались достоверно более низкие показатели ПМ, ТФН, Vp, ХР, ИР, чем в подгруппе В, а также в начале исследования был больше и ИЭ ( $p < 0,05$ ), который уже к 3 месяцу снизился и не отличался от такового в подгруппе В до 12 месяца реабилитации.

Показатели ЭхоКГ у пациентов группы сравнения на протяжении всего периода наблюдения не изменялись, что указывает на сдерживающее влияние ходьбы и самостоятельно проводимых физических упражнений без ВТ на процесс ремоделирования левого желудочка (ЛЖ).

В подгруппах А и В в начале исследования изучаемые показатели гемодинамики не различались. У пациентов подгруппы А после 3-х месяцев реабилитации с ВТ уменьшились по сравнению с исходным

значением конечно-систолический объем (КДО) – на 15,5 % ( $p < 0,05$ ), масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) – на 13,7 % ( $p < 0,05$ ), индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) – на 13,9 % ( $p < 0,01$ ). Через 6 месяцев уменьшился по сравнению с исходным значением только конечно-диастолический размер (КДР) ( $p < 0,01$ ), остальные показатели ЭхоКГ не изменились и только к 12 месяцу реабилитации уменьшились конечно-систолический размер (КСР), конечно-систолический объем (КСО) ( $p < 0,05$ ) и увеличилась фракция выброса (ФВ) ( $p < 0,05$ ).

У пациентов подгруппы В через 3 месяца поликлинической реабилитации изменений показателей ЭхоКГ не отмечено, а через 6 месяцев уменьшился по сравнению с исходным уровнем только КДО ( $p < 0,01$ ). К концу 12 месяца наблюдения уменьшились КСР, КСО, ИММЛЖ ( $p < 0,05$ ) и увеличилась ФВ ( $p < 0,05$ ). Таким образом, в процессе поликлинической реабилитации с ВТ по методике СВН у больных ИМ независимо от исходной ПМ положительная динамика структурно-геометрических показателей ЛЖ отмечалась преимущественно к 6-му, а ФВ – только к 12-му месяцу.

Таким образом, при использовании в лечении больных ИМ ВТ по методике СВН наблюдалось увеличение ПМ, ТФН и Vp на фоне снижения потребления миокардом кислорода, на одном и том же уровне нагрузки, и существенного повышения максимальной аэробной работоспособности.

У больных ИМ достоверно уменьшались структурно-геометрические показатели ЛЖ, как линейные, так и объемные (КДО, КСО, ММЛЖ и ИММЛЖ), что проявлялось уменьшением размеров полостей ЛЖ, поддержанием удовлетворительной сократительной способности миокарда, связанной с приостановкой процессов ремоделирования.

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРИТРОПОЭТИНОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХПН, ПОЛУЧАЮЩИХ ГЕМОДИАЛИЗ**

Жмуров В.А., Ковальчук Д.Е., Фролова А.Б.,  
Елфимов Д.А., Захаров А.С.

*ГОУ ВПО Тюменская государственная  
медицинская академия,  
Тюмень*

Анемия является важнейшим фактором риска сердечно-сосудистых осложнений и смерти при хронической почечной недостаточности (ХПН).

Анемия является одним из ведущих проявлений ХПН. Она вызвана нарастающим дефицитом эндогенного эритропоэтина, который вырабатывается перитубулярными клетками почечного интерстиция.

При терминальной стадии почечной недостаточности тяжелая анемия наблюдается более чем у 95% больных, и она не корригируется гемодиализом. Отмечается прямая зависимость частоты и тяжести приступов ИБС от выраженности почечной анемии.

В настоящем сообщении представлены результаты наблюдений за 40 больными с терминальной стадией ХПН, получающих программный гемодиализ. Больные были разделены на 2 группы:

1-я группа – 20 больных, получающих „Эпокрин” (эпоэтин  $\alpha$ ), производство ГосНИИ особо чистых препаратов (Санкт-Петербург, Россия);

2-я группа – 20 больных получали „Рекормон” (эпоэтин  $\beta$ ), производство компании „Хоффман Ла-Рош” (Франция).

Доза препаратов составляла 2000 МЕ подкожного введения 3 раза в неделю. Оценка эффективности препаратов проводили через 1, 3, 6 месяцев лечения.

Как показали проведенные исследования, у больных, получавших эпокрин уровень гемоглобина через 1, 3 и 6 месяцев составил  $87,10 \pm 2,93$ ;  $90,20 \pm 3,01$ ; и  $96,10 \pm 2,91$  г/л соответственно.

У больных, получавших рекормон уровень гемоглобина был  $84,50 \pm 2,01$ ;  $92,05 \pm 2,31$ ; и  $98,77 \pm 1,99$  г/л соответственно через 1, 3 и 6 месяцев.

Статистически достоверных различий в показателях уровня гемоглобина 2-х групп больных, получавших различные эритропоэтины не обнаружено.

Вопрос о функциональной полноценности эритроцитов у больных с терминальной стадией ХПН на фоне лечения препаратами рекомбинантного эритропоэтина остается открытым. Как показали наши исследования, на фоне применения эпокрин у больных наблюдалось снижение уровня МДА в мембранах эритроцитов с  $13,24 \pm 1,22$  до лечения, до  $7,98 \pm 0,22$  мкмоль/л через 1 мес. лечения.

У больных, получавших рекормон, уровень МДА составил соответственно  $13,38 \pm 0,14$  и  $6,38 \pm 0,18$  мкмоль/л.

Таким образом, проведенные исследования показали примерно одинаковую эффективности эпокрин и рекормона в лечении больных с терминальной стадией ХПН, получающих программный гемодиализ.

#### **ОЦЕНКА ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО И ФОТОПРОТЕКТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ МЕСТНОМ ПРИМЕНЕНИИ НА МОДЕЛИ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ЭРИТЕМЫ**

Залялютдинова Л.Н., Насыбуллина Н.М.,

Зверев Р.Р., Захматова Е.Н.

*Казанский государственный  
медицинский университет,  
Казань*

Воспалительные заболевания кожи, прямо или косвенно могут быть вызваны лучами солнечного спектра. Их называют фотодерматозами, они объединяют разные по клинике и этиопатогенезу поражения кожи (экзема, дерматит, красная волчанка и др.). Число больных фотодерматозами за последние годы постоянно возрастает, а промышленный выпуск светозащитных средств отечественного производства значительно сократился, что требует изыскания, разработки новых эффективных фото защитных препаратов для наружного применения.

Целью настоящего исследования явилось изучение фотопротективного действия дитиооктановой кислоты и производного арилалкановой кислоты в наружных лекарственных формах.

Фотопротективную активность изучали на модели острого экссудативного воспаления – ультрафиолетовой (УФ) эритемы. Исследование проводили на морских свинках-альбиносах массой 250-500 г. Острую воспалительную эритему вызывали облучением УФ лучами с помощью кварцевой лампы участка кожи живота  $3 \times 4$  см, лишенного шерсти за сутки до эксперимента. Облучение проводили в течение 60 секунд на расстоянии 10 см. Выраженность эритемы и отека кожи оценивали через 4 часа после воздействия по четырех бальной шкале.

В качестве объектов исследования использовали наружные лекарственные формы дитиооктановой кислоты (ДК) и производного арилалкановой кислоты (ПН) в различных концентрациях. Препараты наносились профилактически и лечебно после облучения. Результаты экспериментов обрабатывались статистически с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования показали, что при наружном применении препараты оказывали фотопротективное и противовоспалительное действие на модели УФ эритемы. При профилактическом применении наружные лекарственные формы ДК и ПН наблюдалось выраженное снижение отека и эритемы у опытных животных через 4 часа после облучения на 80% и 85% соответственно, по сравнению с контролем. Через сутки в контроле сохранялась гиперемия, в опыте – ни отека, ни гиперемии не регистрировалось. Лечебное применение кислоты дитиооктановой было менее эффективно и не предупреждало полностью развития гиперемии и отека ткани у морских свинок. ПН при лечебном применении оказывал более эффективное фотопротективное действие, существенно снижая развитие эритемы и отека на 70%.

Тем самым, результаты исследований позволили выявить противовоспалительную и фотопротективную активность кислоты дитиооктановой и производного арилалкановой кислоты при местном применении, и указывают на возможность разработки лекарственной формы для наружного применения.

#### **ВОПРОСЫ РЕЗИСТЕНТНОСТИ УРЕАПЛАЗМ К АНТИБИОТИКАМ**

Иванов А.В., Семашко Р. Г.

*МУЗ Городская поликлиника № 5,  
Ульяновск*

Человек является носителем по крайней мере 11 видов микоплазм, некоторые виды из которых способны вызывать различные по локализации воспалительные процессы. Уреаплазмы, по данным одних авторов, выявляется при гинекологических заболеваниях до 60% наблюдений и всего у 4% клинически здоровых женщин. По другим данным, уреаплазмы выделяются у 55,4% гинекологических больных, у 45,8% клинически здоровых женщин. Противоречивы данные литературы и относительно устойчивости уреаплазм к антибиотикам. Так, по данным одних отечественных авторов, уреаплазмы устойчивы к аминогликозидам и линкозамидам, но высокочувствительны к тетрациклам и новым фторхинолонам, другие отмечают высокий процент устойчивости к