

2180114, МПК 7 G 01 N 33/50; опубликован 27.02.2002, Официальный бюллетень «Изобретения. Полезные модели». - №6. - С.254.

2. Арефьева Н.А., Кильсенбаева Ф.А., Азнабаева Л.Ф., Хафизова Ф.А., Машко П.Н. Иммуноцитологические исследования в ринологии: учебное пособие. - Уфа: Издательство «Здравоохранение Башкортостана». - 2002. - 88 с.

3. Кунин А.А., Ипполитов Ю.А., Лепехина Л.И., Быков Э.Г. Клиническая гистохимия барьерной функции слизистой оболочки десны при пародонтите // Стоматология. - 2001. - №1. - С.13-16.

4. Орехова Л.Ю., Левин М.Я., Сафронов Б.Н. Соотношение гуморальных и клеточных аутоиммунных процессов при воспалительных заболеваниях пародонта // Пародонтология. - 1997. - №4. - С.14-16.

5. Тоголян А.А. Современные подходы к диагностике иммунопатологических состояний // Медицинская иммунология. - 1999. - №1-2. - С.75-108.

#### **НАРУШЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИБС С ГИПОТИРЕОЗОМ РАЗЛИЧНОЙ ТЯЖЕСТИ**

Алтунин А.В., Князева Л.И., Горяйнов И.И., Князева Л.А., Рымарова Е.М., Рубанченко А.А.  
*Курский государственный медицинский университет, Курск*

Обследовано 102 больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения II-III ф.к., на фоне гипотиреоза. Группу сравнения составили 37 здоровых лиц и 36 больных стабильной стенокардией II-III ф.к. без нарушения функции щитовидной железы. Внутрисердечная гемодинамика изучалась методом доплерэхокардиографии с использованием импульсного и непрерывноволнового доплера.

Изучение диастолической функции миокарда в группах больных ИБС с латентным гипотиреозом показало достоверное замедление скорости показателей пика Е при увеличении скорости пика систолы предсердий и уменьшение отношения  $V_e/V_a$ , удлинение времени замедления кровотока раннего диастолического наполнения ВЗ (ДТ) Е, времени изоволюметрического расслабления (ВИР). Сочетание выявленных изменений скоростных и временных параметров диастолического потока у больных ИБС на фоне латентного гипотиреоза свидетельствует о наличии у них «гипертрофического» спектра ТМДП, то есть диастолической дисфункции I типа.

У больных ИБС с манифестным гипотиреозом показатели диастолической функции миокарда имели значимые отличия от аналогичных в группах больных ИБС с латентным гипотиреозом. При наличии сохраненной величины скорости раннего диастолического наполнения ( $V_e$ ) отмечено достоверное повышение в сравнении с контролем скорости позднего диастолического наполнения ( $V_a$ ), что обусловило повышение величины  $V_e/V_a$  у больных ИБС на фоне манифестного гипотиреоза в сравнении с больными ИБС с латентным гипотиреозом. Показатель  $V_e/V_a$  у больных ИБС с манифестным гипотиреозом составил  $1,3 \pm 0,2$  ед. и не отличался от такого в группе контроля. Полу-

ченные результаты свидетельствуют о наличии «псевдонормального» типа диастолической дисфункции у больных ИБС в сочетании с манифестным гипотиреозом.

У больных ИБС с осложненным (декомпенсированным) гипотиреозом в сравнении с пациентами других групп определены наиболее выраженные изменения структурно-функциональных показателей сердца. Изучение диастолической функции ЛЖ выявило повышение скорости пика Е, снижение скорости пика А и значительное увеличение индекса  $V_e/V_a$  (более 2,0), а также укорочение интервала изоволюметрического расслабления ЛЖ. Такая структура ТМДП свидетельствовала о развитии у больных ИБС на фоне декомпенсированного гипотиреоза «рестриктивной» модели диастолической дисфункции

Таким образом исследования показали наличие диастолической дисфункции у больных ИБС в сочетании с гипотиреозом, прогрессирующей параллельно тяжести гипотиреоза.

#### **НАРУШЕНИЯ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС НА ФОНЕ МАНИФЕСТНОГО ГИПОТИРЕОЗА**

Алтунин А.В., Князева Л.И., Горяйнов И.И., Князева Л.А., Делова М.В.  
*Курский государственный медицинский университет, Курск*

Обследовано 45 больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения II-III ф.к., на фоне манифестного гипотиреоза. Группу сравнения составили 16 здоровых лиц и 18 больных стабильной стенокардией 2-3 ф.к. без нарушения функции щитовидной железы. Внутрисердечная гемодинамика изучалась методом доплерэхокардиографии с использованием импульсного и непрерывноволнового доплера. Больные получали лечение L-тироксином в дозе 12,5 мкг/кг в сутки и эналаприл-  $7,5 \pm 2,5$  мг/сут. Определение показателей внутрисердечной гемодинамики проводилось при поступлении в стационар и на фоне проводимой терапии.

У больных ИБС с манифестным гипотиреозом имели место следующие изменения систоло-диастолической функции миокарда. При наличии сохраненной величины скорости раннего диастолического наполнения ( $V_e$ ) отмечено достоверное повышение в сравнении с контролем скорости позднего диастолического наполнения ( $V_a$ ), что обусловило повышение величины  $V_e/V_a$ . Показатель  $V_e/V_a$  у больных ИБС с манифестным гипотиреозом составил  $1,3 \pm 0,2$  ед. и не отличался от такого в группе контроля. Оценка параметров систолической функции у больных ИБС с манифестным гипотиреозом выявила достоверные изменения, проявившиеся увеличением размеров ЛП, ЗСЛЖ, МЖП, КДО, КСО, снижением ФВ. Полученные результаты свидетельствуют о наличии «псевдонормального» типа диастолической дисфункции у больных ИБС в сочетании с манифестным гипотиреозом.

На фоне комплексной терапии L-тироксином и эналаприлом положительная динамика достигнута после 2-х недель терапии. Оценка систолической функции левых отделов сердца показала достоверную положительную динамику основных показателей: уменьшением диаметра ЛП, ЗСЛЖ, МЖП в систолу, КДО, КСО, увеличением ФВ).

Изучение транзитрального потока определило достоверное уменьшение  $V_e$ , увеличение  $V_a$ , что привело к уменьшению индекса  $V_e/V_a$  до 1. Такая динамика показателей свидетельствовала о трансформации «псевдонормального» типа транзитрального диастолического потока в прогностически более благоприятный - «гипертрофический».

Таким образом результаты исследований выявили корригирующее влияние эналаприла на показатели гемодинамики у больных ИБС на фоне манифестного гипотиреоза. Показано, что особенностями гемодинамического действия эналаприла является способность улучшать структуру наполнения и резерв левого желудочка, за счёт нормализующего действия на скоростные показатели транзитрального диастолического потока.

#### СОДЕРЖАНИЕ НЕОПТЕРИНА В СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

Безгин А.В., Князева Л.И.,  
Горайнов И.И., Князева Л.А.,

Тарасова Т.С., Рымарова Е.М., Делова М.А.

*Курский государственный медицинский университет,  
Курск*

Остеоартроз является наиболее распространенной формой суставной патологии. На долю этого заболевания приходится 60-70% всех ревматических болезней. ОА болеют 10-12% населения США и Европы. Проблема ОА чрезвычайно актуальна и для России. Так, из 11 млн. обращений пациентов в связи с ревматическими заболеваниями, зарегистрированными в 1996 г., по меньшей мере, 16% были связаны с ОА. По данным ежегодных Государственных отчетов МЗ РФ за период 1994-1998 гг. в России установлен рост показателей болезненности и заболеваемости при ОА: на 44,3% и 25,0% - соответственно.

ОА представлен во всех возрастных группах. Отдельные случаи заболевания отмечены уже у молодых лиц 16-25 лет. С возрастом частота заболевания увеличивается – у лиц старше 50 лет она составляет 27%, старше 60 лет – 97%. До 45-летнего возраста ОА чаще встречается среди мужчин, после 54 лет - среди женщин. При этом до 80% больных ОА имеют ограничения подвижности разной степени, а 25% - не могут выполнять обычную домашнюю повседневную работу. Поэтому актуальным является поиск оптимальных терапевтических подходов, позволяющих контролировать прогрессирование ОА.

Целью работы явилось изучение содержания неоптерина в синовиальной жидкости больных остеоартрозом.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 102 больных остеоартрозом с различной

степенью выраженности вторичного синовита. Продолжительность заболевания колебалась от 2 до 15 лет, в среднем превышала 8 лет. Уровень неоптерина в синовиальной жидкости определяли иммуноферментным методом (ИФМ) (BRAHMS, Берлин, Германия) согласно инструкции к тест системе.

Результаты и обсуждения. Результаты исследований показали достоверное повышение содержания неоптерина в синовиальной жидкости у больных остеоартрозом в сравнении с контрольной группой и составило  $245,5 \pm 14,4$  нмоль/л. При изучении содержания неоптерина в зависимости от степени выраженности вторичного синовита получены следующие данные. У больных с максимальной степенью выраженности вторичного синовита средняя концентрация неоптерина составила  $480,5 \pm 25,4$  нмоль/л и была достоверно выше, чем у больных с минимальной степенью выраженности вторичного синовита  $137,4 \pm 16,6$  нмоль/л.

#### СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЛОГЕННЫХ ЭМБРИОНАЛЬНЫХ ФИБРОБЛАСТОВ И ИХ СУПЕРНАТАНТА ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ ОЖОГАХ

Бурда Ю.Е.<sup>1</sup>, Ершов Д.В.<sup>1</sup>, Лазаренко В.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Курская областная клиническая больница,

<sup>2</sup> Курский государственный  
медицинский университет,

Курск

Несмотря на «вечный» характер проблемы длительно не заживающих ран и огромный арсенал методов лечения и лекарственных средств, для этого применяемых, вопрос по-прежнему остается открытым. Одним из хорошо зарекомендовавших себя методов лечения хронических ран является трансплантация аллогенных фибробластов. Целью настоящего исследования явилось сравнительное изучение эффективности применения бесклеточного супернатанта аллогенных эмбриональных фибробластов и самих клеток при пограничных ожогах (IIIа степень по классификации XXVII съезда хирургов). В исследовании участвовали 20 больных с термическими ожогами IIIа степени, у которых участки ожогов одинаковой глубины и площади располагались на разных частях тела или были изолированы друг от друга интактной кожей, струпом на поверхности более глубоких ожогов. Аллогенные фибробласты получали из абортусов 7-12 недель, на раны применяли в виде суспензии в концентрации  $1 \times 10^5$ /мл. В качестве супернатанта использовали стерильный физиологический раствор, предынкубированный с монослоем аллогенных эмбриональных фибробластов в течение суток, содержащий 2% донорской сыворотки АВ(IV) группы. Контролем служил стерильный физиологический раствор. Во все растворы добавляли амикацин в концентрации 100 мкг/мл. Эффективность лечения оценивали по клинической картине (размер раны, количество и характер экссудата, выраженность эпителизации) и цитологической картине в мазках-отпечатках.