

TO A QUESTION OF A SYSTEM ESTIMATION OF A LEVEL OF HEALTH

Artemenko M.V.
KurskSTU,
Kursk

Health of the population in region now is defined by the analysis of levels sickness rate on various nozologies - differential methodology as a matter of fact is used. We offer to consider an integrated parameter of an estimation of the status of health based on the theories of functional systems and classter-analysis, which essence consists in the following. The system estimation of the status of health is carried out in a hierarchical chain: a crate - body - physiological system - organism - population. The functioning of each level in hierarchy and in адаптационной of intensity is offered to be divided on 3-7 "labels": norm, insignificant deviation from norm, "returnable" deviation (disease), "irretrievable" transitive deviation (intensive development of pathological process), "irretrievable" steady deviation (pathology). In this plan, on our sight, as the qualifier of bioobject on "labels" the application of the following integrated parameter (functioning of bioobject in environment) is possible:

$$IPFB = \frac{1}{\sum a_i} \cdot \sum \frac{a_i \cdot (X_i - X_{i,норм})^2}{s_{i,норм}^2},$$

where X_i – meaning of the characteristic i , $X_{i,норм}$, $\sigma_{i, norms}$ - nominal (modal) meaning and root-mean-square mistake, a_i - the degree of the importance (is defined by an expert way or experimentally, for example, with the help of the device artificial neural networks). Then in considered hierarchy: at a level of a crate - in quality X the characteristics of its functional existence are used; at a level of a body - in quality X the normative characteristics of its functioning in the certain physiological system are applied; at a level of physiological system – its characteristics determining normal functioning in structure of organism (for example, parameters of a connecting fabric); at a level of organism - parameters IPFB of various physiological systems; at a level of a population - parameters IPFB of organism. With the purposes of universal scaleers of meanings IPFB at various hierarchical levels the severe regulation and standartation of the characteristics X is offered, to use a logarithmic scale at classter-analysis IPFB, quantity classes of condition IPFB to choose: a crate - 7, body - 5, physiological system - 5, organism - 4, population - 3.

ОСОБЕННОСТИ 8, 16 И 24-НЕДЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКОРРЕКЦИИ ЭНДУРАЦИНОМ У БОЛЬНЫХ ИБС С ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ И ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЕЙ

Маль Г.С., Алыменко М.А., Лисицын В.В.
Курский государственный медицинский университет,
Курск

Целью настоящего исследования явилось изучение динамики липопротеидного спектра сыворотки крови при применении 8, 16 и 24 недельной фармако-

коррекции эндурацином у больных ИБС с изолированной и сочетанной гиперхолестеринемией (ГХС) и гипертриглицеридемией (ГТГ).

В исследование было включено 92 мужчины в возрасте от 41 до 59 лет ($52,2 \pm 6,8$) с ИБС и первичной ГХС или ГТГ.

Критерии включения пациентов в исследование были следующие: исходное содержание холестерина (ХС) >195 мг/дл и/или исходное содержание триглицеридов (ТГ) >155 мг/дл, без выраженной гипоальфа-холестеринемии, с индексом Кетле <29 .

В настоящей работе использовались следующие методы исследования:

Клинические: стандартный опрос по опроснику ROSE, измерение АД, исследование антропометрических данных, оценка наличия факторов риска.

Биохимические: определение ХС, ХС липопротеидов высокой плотности (ЛВП), ТГ и апопротеинов.

Функциональные: регистрация ЭКГ («FUKUDA», Япония), ВЭМ (Siemens, Германия).

Статистические: статистический пакет «Статистика».

Анализ изменений липидного спектра сыворотки крови в группе больных с изолированной ГХС под влиянием 8-недельной фармакотерапии эндурацином выявил достоверное снижение уровня ХС на 16,3% ($p < 0,05$), что было реализовано в основном за счет снижения уровня атерогенного ХС липопротеидов низкой плотности (ЛНП) на 23,2% ($p < 0,05$), при этом наблюдалось достоверное повышение уровня антиатерогенного ХС ЛВП на 23,4% ($p < 0,05$) и снижение атерогенного индекса (АИ) на 32,3% ($p < 0,05$), уровень ТГ под влиянием эндурацина снизился на 25,2% ($p < 0,05$).

При сочетанной ГХС в результате 8-недельной фармакотерапии эндурацином выявлено, что произошло достоверное снижение уровня ХС на 15,1% ($p < 0,05$), ХС ЛНП на 20,7% ($p < 0,05$), ТГ – на 27,1% ($p < 0,05$), наряду с повышением уровня ХС ЛВП на 25,7% ($p < 0,05$).

При 16-недельной коррекции эндурацином у больных с изолированной ГХС было достигнуто снижение ХС на 18,9 % ($p < 0,05$), ТГ на 23,4 % ($p < 0,05$), ХС ЛНП на 25,1 % ($p < 0,05$). Следует отметить, что описанные изменения в липопротеидном и апопротеиновом спектрах сыворотки крови у больных ИБС с изолированной ГХС при 16-недельной коррекции эндурацином по степени выраженности были сопоставимы с динамикой аналогичных параметров у больных ИБС с сочетанной ГХС. Поскольку отрезных точек при 16-недельной коррекции эндурацином по ХС удалось достичь у 24,9 % и по ТГ у 32,5 % больных с изолированной ГХС и у 27,6 % и у 26,7 % по ТГ при сочетанной ГХС, представлялось интересным проанализировать эффективность коррекции эндурацином в течении 24 недель. В результате 24-недельной коррекции эндурацином у больных как с изолированной, так и с сочетанной ГХС зарегистрированы позитивные изменения в липид-транспотной системе. Так, при изолированной ГХС фармакотерапия эндурацином в течении 24 недель способствовала снижению уровня ХС на 24,1 % ($p < 0,05$), ТГ на 26,1 % ($p < 0,05$), ХС ЛНП – на 28,4 % ($p < 0,05$), в сочетании с повыше-

нием ХС ЛВП на 26,4 % ($p < 0,05$), указанные сдвиги липид-транспортной системы оказались сопоставимы с таковыми при 24- недельной коррекции эндурацином у больных ИБС с сочетанной ГХС. Однако наиболее выраженное снижение АИ достигнуто у больных с сочетанной ГХС (24,3%; $p < 0,05$) по сравнению с больными с изолированной ГХС (29,9%; $p < 0,05$). Динамика апопротеинового спектра сыворотки крови при 24-недельной коррекции эндурацином у больных ИБС как с изолированной, так и с сочетанной ГХС выразилась в сопоставимом повышении апо А I на 26,4 и 25,1 % ($p < 0,05$) соответственно, снижению апо В на 24,8 % ($p < 0,05$), индексного параметра апо В / апо А I на 18,6 ($p < 0,05$). При этом увеличилась также и степень загруженности ХС ЛВП апопротеином А I на 12,4 % ($p < 0,05$). Указанные изменения у больных ИБС с изолированной ГХС в липид-транспортной системе по степени выраженности при 24-недельной фармакокоррекции эндурацином были сопоставимы с аналогичными при сочетанной ГХС.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о достаточно выраженной эффективности эндурацина у больных ИБС с различными типами гиперлипидемий при 8, 16 и 24-недельной фармакокоррекции, как ГХС и ГТГ, так и их сочетаний, что диктует целесообразность использования данной группы гиполипидемических препаратов при выше указанной патологии в медицинской практике.

ИЗМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ГЕРОНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Парахонский А.П., Тимофеев В.А.

Кубанская медицинская академия,

Краевой госпиталь ветеранов войн,

Краснодар

Увеличивающаяся продолжительность жизни приводит к росту числа заболеваний, характерных для лиц пожилого и старческого возраста. Одним из множества сопутствующих заболеваний характерных для людей пожилого и старческого возраста является доброкачественная гиперплазия предстательной железы – аденома простаты (АП). Современные методы хирургического лечения несут риск серьёзных осложнений, таких как тромбозы, кровотечения, а также противопоказаны больным с отягощённым соматическим статусом.

Цель работы - совершенствование диагностики и профилактики осложнений при лечении АП у лиц геронтического возраста. Под наблюдением находились 94 больных, с АП, находившихся на лечении в клиническом госпитале ветеранов войн. Для изучения тромбоцитарного звена гемостаза использовали: подсчёт количества тромбоцитов; определение адгезии тромбоцитов; их, индуцированной АДФ активации; оценку освобождения тромбоцитарных факторов 3 и 4, определение антигепариновой активности. Характеристику коагуляционного звена изучали с помощью показателей: времени свёртывания крови, времени рекальцификации плазмы, активированного парциального тромбопластинового, тромбинового и каоли-

нового времени, протромбинового индекса. Для исследования фибринолитической системы и антикоагулянтов применяли определение антитромбина III, индекса активности протеина С, фибринолитической активности, растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК), фибриногена Б. Липидный спектр крови характеризовали при определении общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов высокой и низкой плотности. Оценены факторы риска, состояние системы гемостаза, липидного спектра у геронтических больных с множественной сопутствующей патологией, страдающих АП, на этапе предоперационной подготовки, в различные сроки после оперативного вмешательства и применения трансуретральной микроволновой термотерапии (ТУМТ).

Установлено, что до операции все больные АП находились с исходно равными изменениями липидного обмена и гемостаза, соответствующими их возрасту. После аденомэктомии выявлены изменения в системе гемостаза во все сроки исследования: снижение антитромбина III, повышение РФМК, гиперагрегация тромбоцитов, активация коагуляционного звена. Математическое моделирование позволило обосновать характеристику восстановительного периода у больных с АП после применения ТУМТ, проявляющуюся периодическими колебаниями спада и подъёма функциональной активности всех звеньев системы гемостаза.

Выявлены наиболее значимые клинические и гемостазиологические критерии риска возможных тромботических и геморрагических осложнений. С применением системного многофакторного анализа обосновано патогенетическое значение гемостазиологических нарушений в динамике у больных с АП при оперативном лечении и при использовании ТУМТ. В качестве критериев диагностики предложена программа проведения гемостазиологических тестов, определена их информативность и оптимальные сроки применения у геронтических больных с АП.

Показано, что в первые десять суток после аденомэктомии в системе гемостаза развивается комплекс клинических и лабораторных синдромов патологического характера. ТУМТ вызывает менее выраженные сдвиги в липидном обмене и системе гемостаза. Системный многофакторный анализ выявил напряжение всех звеньев системы гемостаза, но наиболее неустойчивым оказалось коагуляционное звено, что необходимо учитывать для профилактики возможных осложнений.

Установлено, что реагирование системы гемостаза у лиц пожилого и старческого возраста после аденомэктомии и термотерапии носит саногенный характер и является патогенетически значимым в отношении возможного развития сердечно-сосудистых осложнений. Послеоперационный период и восстановительный процесс после ТУМТ у геронтических больных сопровождается выраженными и продолжительными динамическими нарушениями со стороны различных звеньев системы гемостаза, но после ТУМТ этот период менее продолжительный.

Таким образом, диагностика, прогнозирование и лечение возможных гемостазиологических осложнений при лечении АП у больных пожилого и старче-