

циям на момент опроса (43% vs 9% ($p < 0,05$)). Изменения в личной жизни произошли в приблизительно равном проценте случаев среди пациентов продолжающих, и не продолжающих лечение (5% vs 0%). Опыт пациента в отношении побочных эффектов не влиял на приверженность к лечению. Пациенты, отметившие улучшение своего самочувствия продолжали свое лечение достоверно чаще (100% vs 31% ($p < 0,05$))

Заключение: Пациенты, поступавшие в стационар в экстренном порядке, имеют более высокую приверженность к лечению, чем поступавшие в плановом порядке. Пациенты, отмечающие улучшение самочувствия чаще продолжают терапию. Пациенты, отмечающие существенное ухудшение здоровья также чаще продолжают, или возобновляют регулярное лечение, чем пациенты, не отмечавшие таких изменений.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕМОДИАФИЛЬТРАЦИИ В ТЕРАПИИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Шаклеин А.В., Трусов В.В., Аксенов К.В.
ГОУ ВПО «ИГМА», МУЗ МСЧ «Ижмаиш»
Ижевск, Россия

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом является одним из наиболее распространенных природно-очаговых зоонозов, с острым началом и течением, высокой лихорадкой, тяжелой интоксикацией, характеризующийся полиорганной недостаточностью, геморрагическим диатезом, гемодинамическими расстройствами и своеобразным поражением почек. Оптимизация терапевтических мероприятий при острой почечной недостаточности у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом остается одной из актуальных задач современной медицины. В последние годы в клиническую практику внедряются новые методы эфферентной терапии, такие как гемодиализация. Гемодиализация – это аппаратная комбинация гемодиализа и гемодиализа, осуществляющая и конвективный и диффузный поток – процесс, максимизирующий удаление воды и растворенных в ней продуктов белкового метаболизма, гидрофобных среднелекулярных и низкомолекулярных соединений, среди которых множество высокотоксичных ксенобиотиков, обуславливающих высокий уровень эндогенной интоксикации у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом.

Цель: оценка эффективности гемодиализации (ГДФ) в лечении острой почечной недостаточности (ОПН) у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС).

Материалы и методы: 65 больным (59 мужчин и 6 женщин, средний возраст - $32,3 \pm 2,7$

года) с ГЛПС и явлениями ОПН проводилась гемодиализация. Процедуры выполнялись на аппаратах 4008S («Fresenius», Германия) с дополнительной опцией «on-line», в режиме постдиализации с использованием биосовместимых высокопоточных гемодиализаторов «F60S». Средняя скорость кровотока составила 250-300 мл/мин, средняя продолжительность 5 часов. Процедура выполнялась в бикарбонатном режиме. Чистая ультрафильтрация (при волюметрическом контроле) достигала $2,4 \pm 0,3$ л/процедуру, принимая во внимание, что общее количество ультрафильтрата, за процедуру ГДФ составило от 17 до 23 литров.

Полученные результаты: после проведения первой процедуры: ГДФ значительно улучшилось общее состояние пациентов, уменьшался болевой синдром, появлялся или возрастал диурез. При анализе ультразвуковой картины почек до и после ГДФ отмечено уменьшение толщины паренхимы почек ($p < 0,01$), возрастание пиковой систолической ($p < 0,05$), конечной диастолической ($p < 0,01$) и объемной скорости кровотока ($161,7 \pm 8,6 - 211,3 \pm 9,2$ мл/мин; $p < 0,01$). Снижался индекс резистентности почечных артерий ($0,92 \pm 0,01 - 0,72 \pm 0,02$; $p < 0,01$). Проведение ГДФ сопровождалось коррекцией электролитного баланса крови, а также нормализацией теста на в2-микроглобулин в крови ($9,4 \pm 1,2 - 3,3 \pm 0,5$ мг/л; $p < 0,01$) и моче ($p < 0,01$). Отмечена положительная динамика показателей микроциркуляторной гемодинамики, преимущественно за счет коррекции периваскулярных ($p < 0,01$) и интраваскулярных изменений ($p < 0,01$).

Заключение: процедура гемодиализации показана для скорейшего разрешения острой почечной недостаточности у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом.

КОНТРОЛЬ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Эльбаева А.Д.
Кабардино-Балкарский государственный
университет
Нальчик, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) относится к числу самых распространенных в мире неинфекционных заболеваний и связана с высокой вероятностью осложнений, служащих причиной преждевременной инвалидности и смертности. Значительная часть больных АГ страдают одновременно и сахарным диабетом, развитию которого может способствовать высокий уровень артериального давления (АД) при эссенциальной АГ, приводящий к нарушению инсулиновой регуляции с последующей гипергликемией. При сочетании АГ и сахарного диабета риск сердечно-сосудистых осложнений повышается в 2-3 раза. Поэтому **актуальной** научной и практиче-

ской задачей является ранняя диагностика нарушений углеводного обмена и контроль уровня глюкозы крови при АГ, что согласуется с требованиями Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2011 годы)» по созданию эффективной системы профилактики АГ и сахарного диабета в группах риска.

Цель работы – выявление нарушений толерантности к глюкозе у больных АГ для своевременного назначения мер профилактики сопутствующего заболевания. В условиях клинической больницы обследована группа пациентов из 50 человек (28 мужчин и 22 женщины) в возрасте от 20 до 75 лет с диагнозом АГ 1-2 степени, имеющих офисный уровень АД менее 190/110 мм рт.ст. В процессе обследования проводили измерение АД методом сфигмоманометрии и уровня глюкозы в крови 3 раза в сутки: натощак, сразу после еды, через 2-3 часа после еды. Точность измерения АД ± 2 мм рт.ст. Уровень глюкозы в крови определяли с помощью глюкометра модели One Touch Basic (США), точность измерения $\pm 10\%$. Определение концентрации глюкозы в течение суток является информативным методом диагностики нарушения толерантности к глюкозе. Полученные данные были обработаны с помощью компьютерной программы Statistica (США) и позволили выявить колебания уровня глюкозы в крови (гликемический профиль) для каждого пациента ($p < 0,05$).

Установлено, что при нормальном содержании глюкозы натощак от 3,5 до 5,5 ммоль/л (среднее значение $4,39 \pm 0,55$ ммоль/л) у всех больных уровень глюкозы крови после еды повышается до 7,2 - 9,5 ммоль/л (среднее значение $8,19 \pm 0,76$ ммоль/л). Через 2 часа после приема пищи у 38 человек (76%) наблюдалось снижение уровня глюкозы до значений менее 6,5 ммоль/л (среднее значение $5 \pm 1,14$ ммоль/л), однако у 12 человек (24%) сохранялся повышенный уровень глюкозы от 7,5 до 8,6 ммоль/л (среднее значение $7,76 \pm 0,64$ ммоль/л). Показатели обследования служили основанием для назначения глюкозотолерантного теста и определения нарушений толерантности к глюкозе, которые фиксируются, согласно нормативам ВОЗ, при уровне глюкозы крови более 7,8 ммоль/л через 2 часа после пищевой нагрузки. Колебания АД находились в пределах: $151,86 \pm 11,1 / 91,15 \pm 5,1$ мм рт.ст., наиболее высокие показатели АД отмечены в утренние часы. Уровень АД регулировался с помощью приема антигипертензивных препаратов.

На основании полученных результатов были составлены рекомендации для осуществления периодического контроля содержания глюкозы в крови у больных артериальной гипертензией и установления вероятности нарушений углеводного обмена.

ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Эльбаева А.Д.

*Кабардино-Балкарский государственный университет
Нальчик, Россия*

Актуальной проблемой является в настоящее время ранняя диагностика артериальной гипертензии (АГ) у больных сахарным диабетом (СД). Разовое измерение артериального давления (АД) не дает полного представления об уровне АД и его variability. Мониторирование АД в течение суток является наиболее информативным методом диагностики АГ. **Цель работы** – установление суточного ритма изменения АД и variability показателей АД у больных сахарным диабетом.

Обследованы 70 больных сахарным диабетом 2 типа (33 женщины и 37 мужчин) трех возрастных групп от 20 до 75 лет (средний возраст $52,3 \pm 8,4$ года) с длительностью заболевания от 2 до 12 лет, имеющих содержание глюкозы в крови от 6,5 до 16 ммоль/л. Больные находились на диспансерном учете, принимали сахароснижающие препараты. У всех больных проведено суточное мониторирование АД с помощью монитора МЭКГ-ДП-НС-01 (Россия), который автоматически измеряет осциллометрическим методом АД и частоту пульса отдельно для дневного и ночного периодов времени. Программное обеспечение прибора позволяет подключать его непосредственно к компьютеру.

Для оценки цикличности АД рассчитывали суточные индексы (СИ) систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) по перепаду показателей в дневные и ночные часы ($p < 0,05$). В норме суточные индексы САД и ДАД составляют от 10 до 22 %. Установлено, что для большинства обследованных больных СД (57,1%) характерен двухфазный ритм АД «non-dipper» при СИ 0-10%. Достоверно реже, чем в норме, встречался сохраненный двухфазный ритм «dipper» при величине СИ 10-20% (у 20% больных). Двухфазный ритм «over-dipper» с ночным снижением АД более 20% зафиксирован у 7,2 % больных. Ритм «night-reaker», который характеризуется повышением ночных показателей АД (отрицательный СИ), наблюдался у 5,7 % больных СД. У части больных (10 %) отмечен неопределенный суточный ритм АД с разными качественными категориями СИ САД и СИ ДАД. Таким образом, у 80% больных СД отмечается отклонение двухфазного ритма в сравнении с нормой «dipper».

Характерным признаком эссенциальной АГ является наличие резкого утреннего подъема АД, которое рассматривают как пусковой механизм осложнений. У 60% больных СД в период с 4 до 10 ч утра отмечены наиболее высокие показатели подъема значений САД и ДАД при скоро-