

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 ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ 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  $\pm 2$  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-