Факторный анализ позволил определить основные группы показателей, оказывающих влияние на поражение почек у больных с СКВ

В группе пациентов с СКВ выделено пять факторов, принимающих участие в поражении почек, с общей силой влияния 50,4%. Практически все они были связаны с АФС и аКЛ.

Первый фактор ("Фактор активности и АФС" сила воздействия - 17,9%) зависел от высокой степени активности заболевания (г=0,77), наличия определенного АФС (г=0,71) и связанных с ним острых нарушений мозгового кровоообращения (г=0,85) и эпилепсии (г=0,84).

Второй фактор ("АФС-фактор", 11,3%) включал в себя АФС (г=0,74) и различные его проявления, а, именно, тромбозы (г=0,87), венозные тромбозы (г=0,87), в частности тромбозы поверхностных вен (г=0,75).

Третий фактор ("Фактор течения заболевания", 8,6%) носил прямую зависимость с острым течением (г=0,70) и высокой активностью заболевания (SLAM - г=0,79).

Четвертый фактор ("Фактор аФЛ", 6,6%) объединил присутствие аКЛ (г=0,70), IgG аКЛ (г=0,87) и IgG аКЛ в среднем титре (г=0,63), тем самым дополняя предыдущие клинические факторы иммунными признаками АФС.

Пятый фактор ("Фактор иммуновоспалительной активности, 5,8%) носил прямую зависимость с наличием а-нДНК (г=0,49) и обратную с IgM и IgA РФ (г=0,-61 и г=-0,63). Этот факт подтверждает данные литературы об участии а-нДНК в патогенезе нефрита при СКВ и о более редком его развитии у больных, имеющих РФ.

Таким образом, результаты настоящего исследования свидетельствуют о сложности и многообразии патогенетических механизмов, участвующих в развитии поражения почек при СКВ.

НЕОБХОДИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИГЕНА ФАКТОРА ФОН ВИЛЛЕБРАНДА В КАЧЕСТВЕ МАРКЕРА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ УЗЕЛКОВОМ ПОЛИАРТЕРИИТЕ И ПОКАЗАТЕЛЯ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯХ РОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

Бажина О.В., Баранов А.А.,
Василевская О.А., Чмырь В.В.
Ярославская Государственная Медицинская Академия

Цель исследования: определить клиническое значение ФВ:Аг у больных хроническим гломерулонефритом и узелковым полиартериитом.

Материал и методы: обследовано 18 пациентов с узелковым полиартериитом (9 мужчин и 9 женщин, средний возраст 35,4±10,6 лет) и 44 – с хроническим гломерулонефритом (34 мужчины и 10 женщин, средний возраст 31,6±12,9 лет). Поражение почек отмечалось у 6 (33,3%) больных узелковым полиартериитом. У 5 человек имел место мочевой синдром, представленный умеренной протеинурией и микрогематурией. У одного пациента был выявлен нефротический синдром. У пациентов с хроническим гломерулонефритом наиболее часто встречался мочевой синдром - у 23 (52,3%), реже наблюдались нефротический - у 13 (29,5%) и острый нефритический синдромы - у 8 (18,2%) человек. Артериальная гипертензия зарегистрирована у 25 (56,8%) больных. У 39 больных хроническим гломерулонефритом диагноз был подтвержден при биопсии почек. Среди морфологических вариантов хронического гломерулонефрита встречались следующие: мезангиопролиферативный у 29 (74,4%) человек, мезангиокапиллярный и липоидный нефроз у 4 (10,2%), мембранозный и фибропластический у 1 (2,6%) пациента. ФВ:Аг определяли в сыворотке крови твердофазным иммуноферментным методом.

Результаты исследования: повышение концентрации ФВ:Аг в сыворотке крови обнаружено у 6 (33,3%) больных узелковым полиартериитом и у 21 (47,7%) пациента с хроническим гломерулонефритом. При этом, нами выявлена достоверная прямая зависимость между наличием почечной патологии и повышением уровня ФВ:Аг (r=0,45; p<0,05) при узелковом полиартериите. При хроническом гломерулонефрите получены достоверные положительные взаимосвязи между наличием артериальной гипертензии, нефротическим и острым нефритическим синдромами и повышением уровня ФВ:Аг (соответственно r=0,37, p<0,05; r=0,38, p<0,05; r=0,49, p<0,001), напротив, обратная взаимосвязь выявлена между мочевым синдромом и данным показателем (r=–0,68, p<0,0001).

Заключение: таким образом, проведенное нами исследование показывает необходимость определения ФВ:Аг в сыворотке крови в качестве маркера почечного поражения при узелковом полиартериите и показателя более тяжелого течения заболевания при хроническом гломерулонефрите.

ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ КАК ПРОБЛЕМА ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Базлов С.Б., Марченко Н.В.
Кубанская государственная медицинская академия, Краснодар

Хирургическая тактика лечения гнойно-некротических поражений нижних конечностей при сахарном диабете за последнее время претерпела значительную эволюцию. Стремление максимально сохранить длину конечности привело к необходимости применения, наряду с классическими методами хирургической обработки, различных методов восстановления кожного покрова. Наличие макро-, микроангиопатии, небольшая подвижность тканей и слабо выраженная сосудистая сеть дистальных отделов нижних конечностей усложняет выполнение пластических операций. Наблюдали 54 пациента с гнойно-некротическими осложнениями диабетической стопы, требующими проведения в процессе лечения пластических методов восстановления кожного покрова нижних конечностей. Пластика островковыми лоску-

тами применена у 33 (61,1%) больных с тканевыми дефектами от 50 до 150 см^2. В 11 (20,4%) случаях обширных поверхностных дефектов голени (до 600 см^2) применялась свободная кожная пластика расщепленным кожным лоскутом. При глубоких дефектах мягких тканей в области стопы и нижней трети голени у 7 пациентов произведена пластика местными тканями в виде кожно-фасциальных лоскутов. У 3 больных после проведенных оперативных вмешательств на подвздошно-бедренно-подколенном сегменте, направленных на восстановление магистрального артериального кровотока произведена пластика тканевыми комплексами с осевым кровообращением на постоянной питающей ножке. В 2 наблюдениях применены осевые лоскуты на тыльном сосудистом пучке стопы, в одном на малоберцовом сосудистом пучке. Возможность использования того или иного сосудистого пучка подтверждалась данными ультразвуковой допплерографии. Несмотря на сравнительно небольшие размеры лоскутов (не более 50 см^2) применение их позволяет закрыть полноценным кожным покровом дефекты в функционально важных областях стопы. Неудовлетворительные непосредственные результаты кожной пластики выявлены в 3 (5,6%) наблюдениях, за счет некроза лоскута у 2 (3,7%) больных после пластики местными тканями и воспаления и отторжения расщепленного лоскута у 1 (1,9%) пациента. В отдаленном периоде у 4 (7,4%) больных после пластики островковыми лоскутами отмечено образование трофических язв в функционально активных областях стопы.

Таким образом, применение лоскутов с осевым кровообращением для закрытия тканевых дефектов в функционально важных областях стопы может улучшить результаты лечения гнойно-некротических поражений нижних конечностей у больных сахарным диабетом.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА И ЕГО СВЯЗЬ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМОЙ.

Бекасов Л.С., Тверетин А.А., Тюрин Р.С.
Самарский Государственный Технический Университет, Самара

Целью данной статьи является рассмотрение возможности прогнозирования реакции сердечно-сосудистой системы (ССС) на стрессовую ситуацию типа «экзамен». Были использованы данные, полученные после обследования 85 человек, на предмет изучения их психологических параметров с точки зрения классификации этих параметров по заданному уровню дисперсии. Были получены их психологические портреты и измерены параметры ССС до и после стресса. Осуществлено упорядочивание параметров психологического портрета человека в соответствии с их взаимной корреляцией. Корреляция параметров психологического портрета находилась с помощью классической формулы взаимной корреляции средствами Mathcad 11. Были найдены параметры психологического портрета наиболее хорошо коррелирующие с силой стресса, что позволило отбросить все остальные параметры как слабо влияющие на ССС и существенно упростить анализ. Коэффициенты корреляции депрессии, психопатии, психастении и паранойи с силой стресса соответственно равны 0,65; 0,58; 0,51; 0,5. Полученное множество данных было разделено на двадцать подгрупп с различными значениями дисперсии. После чего, каждая из подгрупп проверялась на сопоставление дисперсии психологических параметров и силы стресса, выраженной через сумму нормализованных относительных параметров ССС. Анализ показал, что меньшему «разбросу» психологических параметров соответствует малый «разброс» параметров ССС. Это дает возможность оценивать поведение ССС по индивидуальному психологическому портрету пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гриненко А.М., Бекасов Л.С., Лазарев Ю.Н., Муратов Ю.С. Исследование характера взаимосвязей между психологическими и физиологическими параметрами человека при экзаменационном стрессе // Валеология, 2003, №1, с.50-54.

РЕАКЦИЯ ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНО-ТИРЕОИДНОЙ СИСТЕМЫ НА ОСТРОЕ И ПРОЛОНГИРОВАННОЕ СТРЕСС-ВОЗДЕЙСТВИЕ

Белякова Е.И.
Ростовский государственный педагогический университет, Ростов-на-Дону

В настоящем исследовании проведен сравнительный анализ особенностей реагирования гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы (ГГТС) на ранних этапах формирования ответной реакции организма на острое и пролонгированное стресс-воздействие.

Работа выполнена на 45 крысах-самцах линии Вистар массой тела 140-160 г. Забор материала для биохимического анализа производили через 10-15 секунд после нанесения на бедренно-поясничную область крыс однократного ноцицептивное воздействия силой 0,1 кг/с, не повреждающего кожных покровов и нижележащих тканей. Часть животных, подвергавшихся пролонгированному действию стресса путем применения серии ежедневных одномоментных стресс-воздействий, были взяты в исследование на 5-й день через 10-15 секунд после последнего стрессирования. Концентрацию в крови тиреотропного гормона (ТТГ), тироксина (T_4) и трийодтиронина (T_3) определяли радиоиммунологическим методом.

Тотчас после нанесения болевого воздействия отмечался выраженный подъем плазменного уровня T_4 и T_3 параллельно с увеличением в крови концентрации ТТГ. При пролонгированном стрессировании в сравнении с аналогичным периодом острого стресса не обнаружено сколько-нибудь существенных отличий в направленности стрессорной реакции со стороны ГГТС. Тем не менее наблюдаемые сдвиги в балансе тиреоидных гормонов у первых все-таки выража-