ненных суставов и длительность утренней скованности уменьшились еще на 11%, а количество воспаленных суставов сократилось еще на 17,4%. У больных ПА также наблюдалась дальнейшая положительная динамика клинических и лабораторных показателей. Отмечалось дополнительное снижение СОЭ, СРБ и серомукоида еще на 31,3%, 14,3% и 11% соответственно, также отметили незначительное снижение ВАШ. Кроме того, наблюдалось дополнительное снижение количества болезненных суставов на 10,5%, длительности утренней скованности – на 16,7% и количества воспаленных суставов – на 13,3%.

По результатам полугодового наблюдения за пациентами с РА и ПА, получавшими ремикейд, были получены следующие данные.

Анализ результатов наблюдения за контрольной группой (больные с РА, получавшие метатрексат) показал, что СОЭ, СРБ, серомукоид и ВАШ снизились на 17,2%, 13,7%, 51,3% и 28,7% соответственно. Количество воспаленных и болезненных суставов уменьшилось на 21,4%, а длительность утренней скованности сократилась на 25%.

При сравнении результатов полугодового наблюдения обращали на себя внимание более низкие показатели клинической и лабораторной активности РА. Так, снижение СОЭ и СРБ оказалось в 3 раза, ВАШ – в 1,5 раза более выражено в группе пациентов, получавших ремикейд. Количество воспаленных и болезненных суставов и длительность утренней скованности уменьшились ~ в 2 раза по сравнению с контрольной группой.

Таким образом, внедрение в клиническую практику инфликсимаба (ремикейда) стало одним из наиболее крупных достижений в лечении ревматических болезней последнего десятилетия. На фоне лечения ремикейдом удается добиться выраженного клинического улучшения даже у пациентов, резистентных к другим базисным противоревматическим препаратам.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Каде Е.А., Елисеева Л.Н.
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Ревматоидный артрит (РА) – хроническое аутоиммунное заболевание соединительной ткани, в патогенезе системных проявлений которого ведущую роль играют распространенные васкулиты и обусловленные ими микроциркуляторные нарушения, а также повреждение тканей сенсибилизированными лимфоцитами и иммунными комплексами. Немаловажную роль в генезе микроциркуляторных нарушений имеет болевая реакция, изменяющая нейрогуморальную регуляцию сосудистого тонуса и нарушающая интенсивность периферического кровотока. Вместе с тем, в литературе недостаточно данных о состоянии микроциркуляторного русла у больных, страдающих РА, а имеющиеся сведения носят противоречивый характер. В связи с этим целью нашего исследования стало изучение состояния микроциркуляторного русла у больных РА с использованием лазерной допплерофлоуметрии.

Нами обследованы 28 больных, в возрасте 20-55 лет (средний возраст 42,5 лет), страдающих РА в течение 5-15 лет, преимущественно с 2-3 степенью активности, в основном женщин (22), с выраженным болевым синдромом (ВАШ 7-10). Диагноз РА верифицировался с учетом диагностических критериев АРА 1987 г. и классификации РА, утвержденной АРР 2004 г. Контрольную группу составили 40 практически здоровых лиц аналогичного возраста.

Наряду с общеклиническими физикальными исследованиями определяли уровень С-РБ, сиаловых кислот, фибриногена, белковые фракции. Выраженность болевого синдрома оценивали с использованием визуально аналоговой шкалы.

Исследование системы микроциркуляции проводилось методом лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ) на аппарате ЛАКК – 01 (НПП «ЛАЗМА», Россия), у больных в состоянии полного физического и психического покоя, после предварительной адаптации к температуре в помещении 20-22^0 С в положении пациентов лежа на спине. Датчик устанавливали в область наружной поверхности правого предплечья в точке, расположенной на 4 см выше основания шиловидных отростков локтевой и лучевой костей. Запись кровотока производилась у пациентов в состоянии покоя в течении 8 минут, а затем проводили функциональные тесты, вызывающие повышение нагрузки на МЦ русло: проба с задержкой дыхания, постуральная и окклюзионная пробы. Каждую последующую пробу выполняли после полного восстановления исходного кровотока, который записывали в течение 30-60 секунд. Пробы проводили по оригинальной методике, описанной Маколкиным В.И. и соавторами (1999).

При анализе оценивали следующие параматры: значения показателя микроциркуляции (ПМ), среднее квадратическое отклонение (СКО), коэффициент вариации (K_V), вазомоторную активность (ВА), индекс эффективности микроциркуляции (ИЭМ), активность эндотелия по медленным вазомоторным колебаниям (ALF, Aα/M), пульсовые колебания (A CF), снижение ПМ в дыхательной (ДП%) и постуральной (ПП%) пробах, в окклюзионной пробе рассчитывался резерв капиллярного кровотока (ОП РКК), время полувосстановления кровотока (Т ½ ОП). Статистический анализ полученных данных проводили с использованием непараметрической статистики пакета программы *Statistika* 6,0.

Традиционно при исследовании системы микроциркуляции методом лазерной допплерофлоуметрии выделяют 5 гемодинамических типов (нормоциркуляторный, спастический, стазический, застойный, гиперемический) на основании соотношения значений показателя микроциркуляции (ПМ) и резерва капиллярного кровотока. Также различают 4 типа реакции микроциркуляторного русла при проведении окклюзионной пробы (нормореактивный, гиперреактивный, ареактивный, парадоксальный) на основании оценки резерва капиллярного кровотока, времени полувосстановления кровотока, которые характеризуют адек-

ватность реакции микрососудов на возмущающие воздействия.

Анализ состояния МЦ русла у больных РА в целом по группе в сравнении со здоровыми установил отсутствие достоверного изменения показателя микроциркуляции, в то же время установлено достоверное снижение показателей СКО и KV%, что свидетельствует о нарушении вегетативной регуляции сосудистого тонуса. Оценка вазомоторной активности (снижение ВА на 55,4%), амплитуды медленных колебаний (снижение ALF на 51,6%) и времени полувосстановления кровотока в окклюзионной пробе (увеличение Т ½ ОП на 53,8%) позволила установить значительное повышение тонуса на уровне прекапиллярных сфинктеров и артериол. Указанные изменения явились причиной уменьшения частоты встречаемости нормоциркуляторного типа с 72,5% у здоровых до 14,2% в группе больных РА. Одновременно выявлено уменьшение степени снижения кровотока на фоне проведения дыхательной и постуральной проб (на 39,5% и 33,8% соответственно по сравнению со здоровыми), что послужило причиной увеличения частоты встречаемости застойного типа МЦ и ареактивного типа реакции МЦ русла на внешние воздействия.

Указанные изменения согласуются с достоверным значительным снижением индекса эффективности МЦ, характеризующим адекватность кровотока в периферическом отделе МЦ русла.

Более углубленный анализ показал некоторые различия в исходном состоянии и реакциях системы МЦ на внешние воздействия в зависимости от длительности и степени активности заболевания. По давности заболевания больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 13 больных, страдающих РА менее 7 лет (в среднем 3,2 года), во 2-ю – 15 пациентов болеющих более 7 лет (в среднем – 12 лет) лет.

Установлено, что у пациентов 2-й группы имеются более выраженные и стойкие нарушения на уровне микроциркуляторного русла, Так нормоциркуляторный гемодинамический тип регистрировался в 6,7% (против 23,1% в первой группе), эти же пациенты адекватно реагируют на возмущающие воздействия (нормореактивный тип реакции МЦ русла) в 6,7% (против 53,8% в 1-й группе).

Вместе с тем, анализ полученных данных показал, что в 1 группе имеется более высокая активность вазомоторных проявлений на уровне эндотелия капилляров (увеличен показатель Aα/M) по сравнению со 2-й группой, что говорит о более активном течении воспалительных процессов и повреждении эндотелия. Известно также, что увеличение эндотелиальной активности капилляров является одним из показателей формирующегося атеросклероза, чем выше эндотелиальная активность, тем выше скорость развития атеросклероза.

Полученные данные согласуются с мнением Насонова Е.Л. [6], что у больных аутоиммунными заболеваниями имеются патогенетические механизмы для раннего формирования атеросклероза.

Кроме того, во 2-й группе обращает на себя внимание более выраженное снижение значений среднего квадратического отклонения (СКО) и индекса эффективности МЦ (ИЭМ) по сравнению с пациентами в 1-й группе, что говорит о снижении активной способности микрососудов изменять свой тонус. Эти результаты подтверждаются снижениием амплитуды вазомоторных колебаний (показатель ALF), которая во 2-й группе снижена на 28,8% больше по сравнению с 1-й. Указанные изменения явились причиной снижения частоты встречаемости нормоциркуляторного типа МЦ и увеличения встречаемости застойного типа у пациентов 2-й группы по сравнению с 1-й. В тоже время у пациентов 2-й группы отмечалось более выраженное снижение степени кровотока на фоне проведения дыхательной и постуральной проб, что явилось причиной более частой встречаемости ареактивного типа реакции МЦ русла.

Таким образом, у всех обследованных больных ревматоидным артритом преобладает патологический застойный тип кровотока с ареактивным типом реагирования на прекращение артериального притока в микроциркуляторное русло, а изменения в системе микроциркуляции зависят от выраженности активности процесса и давности течения заболевания.

СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Макиенко М.А.

ГОУ ВПО «Рязанский государственный университет им.акад.И.П.Павлова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Цель

Определить зависимость состояния тканей полости рта от степени и тяжести течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Обследовано

25 человек, в анамнезе которых имеется язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. У 8 язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, у 17 в стадии ремиссии.

В ходе обследования выявлено:

- у всех больных обильные зубные отложения и неприятный запах изо рта;
- у 5 больных пародонтит легкой степени тяжести. В анамнезе язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки около 3 лет, с кратностью рецидивов 1 раз в год;
- у 6 больных пародонтит средней степени тяжести. В анамнезе язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки от 5 до 8 лет, с кратностью рецидивов 1-2 раза в год;
- у 8 больных пародонтит тяжелой степени тяжести. В анамнезе язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки более 10 лет, с кратностью рецидивов 3-4 раза в год;

У 8 больных пародонтит находился в стадии обострения. Из анамнеза мы выяснили, что каждый из них, в период обследования, имел обострение и в течении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

В связи с этим клиническая картина в полости рта у них несколько отличалась, а именно: