

уделять пристальное внимание возможным ассоциациям бактерий, в том числе с возбудителями ИППП (хламидиями, трихомонадами), «сообща участвующим» в развитии воспаления. С наибольшей частотой изменения предстательной железы по данным УЗИ имеют место именно при смешанной инфекции.

По данным Nickel J.C. (2000) несмотря на то, что только 5-10% пациентов с симптомами простатита «культурально положительны» при исследовании секрета простаты, антибактериальная терапия оказалась эффективной в 40% случаев, что косвенно свидетельствует о значении инфекционного фактора в развитии болезни. Приведенные факты подтверждают необходимость создания стандартизированных алгоритмов лабораторной диагностики ХИП, ориентированных на комплексное применение современных методов.

Статистически значимое увеличение частоты ассоциаций *T. vaginalis* с *S. epidermidis* и/или *Enterococcus spp.* при обструктивном ХИП и возрастании частоты их выявления на фоне дренирующих процедур при наличии микрополостных образований - свидетельствуют о возможной роли данной смешанной инфекции в формировании псевдомикроабсцессов предстательной железы. Это положение может быть теоретически обосновано известными данными о факторах патогенности трихомонад, эпидермального стафилококка и энтерококков. *T. vaginalis*, обладая устойчивостью к антимикробным компонентам секрета предстательной железы, образует фермент гиалуронидазу, способствующую разрыхлению тканей и проникновению в межклеточные пространства «сопутствующих» микроорганизмов. Эпидермальный стафилококк обладает адгезивностью и способностью образовывать биопленки [Сидоренко С.В., 2004]. Эндотоксин стафилококков, а также цитолизин и субстанция агрегации энтерококков способствуют очаговым повреждениям тканей и формированию абсцессов. Явление синергизма энтерококков с другими микроорганизмами описано в литературе [Montravers, P. et al., 1994].

Очевидно, что в таком симбиозе, на первом этапе, стафилококки и энтерококки, вследствие действия гиалуронидазы трихомонад, «внедряются» в окружающие ацинусы участки, где, уже за счет собственных факторов вирулентности, вызывают альтерацию тканей и хемотракцию лейкоцитов, что приводит к развитию, на фоне ослабленного местного иммунного ответа, классического варианта вялотекущего воспаления с образованием, «теплых» гнойников, или псевдомикроабсцессов [Степанов В.Н., Гуськов А.Р., 2001].

Таким образом, полиэтиологичность и многофакторный патогенез болезни, значение смешанных инфекций в хронизации процесса - предполагают необходимость комплексной диагностики ХИП, обеспечивающей информацию как о структурных изменениях железы, составе ее секрета, так и о характере микрофлоры с применением количественного микробиологического анализа. Обнаружение отдельных видов условно-патогенных микроорганизмов при лабораторных анализах не позволяет дать объективную оценку их участия в патологическом процессе и ре-

шить вопрос о необходимости проведения этиотропной терапии. Только количественные исследования, определяющие соотношения членов ассоциации микроорганизмов дают возможность определить их роль в данной патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амозов М.Л. с соавт. //ИППП. – 2001. - № 5. – С. 18-19.
2. Глыбочко П.В. с соавт. //Материалы пленума правления Российского общества урологов. – М., 2004. – С.40-41.
3. Лопаткин Н.А. (ред.) Руководство по урологии: в 3 томах. – М.: Медицина. – 1998.
4. Степанов В.Н. с соавт. //Урология. – 2001.- №1.- С.22-27.
5. Сидоренко С.В. //Клиническая фармакология и терапия – 2004. – №2 - С. 16 – 26.
6. Тиктинский О.Л. с соавт. //Материалы X Российского съезда урологов. – Москва. – 2002. – С.329-330.
7. Тиктинский О.Л. с соавт. //Материалы пленума правления Российского общества урологов. – М., 2004. – С.369.
8. Трапезникова М.Ф. //Материалы 2-й Всероссийской конференции "Мужское здоровье". - Москва. - 2005. - С.225.
9. Юнда И.Ф. Болезни мужских половых органов. – Киев: Здоров'я. – 1989. – 265с.
10. Montravers, P. et al. //J. Infect.Dis., 1994, 169, 821-830.
11. Nickel J. C. //Brit. J. Urol. Int. - 2000. – V.85. - P.179-185.

ВАРИАбельность Сердечного Ритма у Больных с Синдромом Острой Дисциркуляторной Энцефалопатии

Шанин П.В., Маль Г.С.

Курский государственный медицинский университет,
Курск

Анализ вариабельности сердечного ритма основан на измерении продолжительности интервалов между сердечными сокращениями для последующего анализа полученных значений различными математическими методами. Изменения, регистрируемые кардиоанализаторами, предшествуют метаболическим и гемодинамическим нарушениям, клиническим проявлениям и являются ранними предвестниками различных заболеваний.

Причины формирования острой дисциркуляторной энцефалопатии крайне разнообразны, однако среди основных следует отметить артериальную гипертензию. Развитие ДЭ у больных со стойким повышением артериального давления обусловлено в первую очередь поражением мелких мозговых артерий (микроангиопатии).

На сегодняшний день показано, что одним из показателей определения состояния функции нервной системы и риска внезапной смерти является вариабельность ритма сердца (ВРС).

Целью нашей работы было определение эффективности фармакотерапии синдрома острой дисциркуляторной энцефалопатии, обусловленной наличием артериальной гипертензии на основании оценки вариабельности сердечного ритма.

В исследование были включены 30 мужчин в возрасте от 40 до 59 лет с синдромом острой дисциркуляторной энцефалопатии, возникшей на фоне артериальной гипертензии. Диагноз определялся на основании МРТ головного мозга и согласно рекомендациям ВНОК по артериальной гипертензии 2004.

Методы исследования включали в себя клинические, биохимические, функциональные, статистические.

За время нахождения в реанимационном отделении была проведена комплексная интенсивная терапия. В качестве гипотензивного средства больные получали цилазаприл. Перед началом лечения у пациентов отмечались когнитивные и эмоциональные расстройства, экстрапирамидные нарушения, атактический, псевдобульбарный, пирамидный синдромы. При измерении артериального давления регистрировалось повышение систолического (в среднем $162,4 \pm 2,4$) и диастолического (в среднем $97,6 \pm 1,6$) давления. У всех больных отмечали довольно низкую ВСР. Стандартное отклонение SDNN было достоверно снижено и составляло в среднем 86,6 мс, а стандартное отклонение средних значений SDANN было 63,3 мс.

После 3 недель терапии в состоянии больных отмечена положительная динамика. Уменьшились неврологические проявления, отмечено снижение систолического АД до $136,2 \pm 1,9$, среднего ДАД до $93,0 \pm 1,6$. Наряду с улучшением гемодинамики были заметны положительные сдвиги в показателях ВСР. Так стандартные отклонения SDNN и SDANN достоверно выросли до 104,2 и 75,8 мс соответственно.

Таким образом, альтернативным методом прогнозирования эффекта лечения больных острой дисциркуляторной энцефалопатии является вариабельность сердечного ритма, в качестве гипотензивного препарата в составе комплексной терапии возможно применение цилазаприла.

МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Эльбаев А.Д., Курданов Х.А., Эльбаева А.Д.

Центр Медико-экологических исследований - Филиал Государственного научного центра РФ – Института медико-биологических проблем РАН, Нальчик

Эпидемиологическая картина сахарного диабета ухудшается с каждым годом, и в настоящее время количество зарегистрированных больных сахарным диабетом составляет, по данным ВОЗ, более 160 миллионов человек - около 5% населения планеты. При этом значительная часть больных сахарным диабетом страдают одновременно и артериальной гипертензией (АГ). При сочетании сахарного диабета и АГ риск сердечно-сосудистых осложнений повышается в 2-3

раза. Поэтому **актуальной** научной и практической проблемой является ранняя диагностика артериальной гипертензии у больных сахарным диабетом. Новым направлением в изучении сахарного диабета является мониторинг артериального давления (АД). Разовое измерение АД не дает полного представления о значениях АД и его вариабельности. Определение АД в течение суток является наиболее информативным методом диагностики артериальной гипертензии.

Цель работы - выявления склонности к АГ у больных сахарным диабетом для своевременного назначения мер профилактики сопутствующего заболевания. Обследованы 37 больных сахарным диабетом II типа в возрасте от 18 до 75 лет с длительностью заболевания от 2 до 12 лет. В процессе обследования проводили 24-часовое мониторирование АД осциллометрическим методом. Применение осциллометрического метода предпочтительнее аускультативного метода (шумы Короткова), так как возможна оценка тонких изменений давления воздуха во всей манжете, что позволяет устранить эффекты от случайных смещений.

Полученные данные были систематизированы и подвергнуты статистической обработке с использованием компьютерной программы. При анализе данных мониторинга определяли среднее значение АД, показатели вариабельности АД в разные периоды суток, индекс времени гипертензии.

Было установлено, что суточные показатели среднего значения АД менее 130/90 мм рт.ст. (в пределах нормы) наблюдались у 8 человек (21,6%), повышенный уровень АД в пределах от 130/90 мм рт.ст. до 140/95 мм рт.ст. отмечен у 17 человек (45,9%), в пределах от 140/95 мм рт.ст. до 155/100 мм рт.ст. - у 12 человек (32,5%). Вариабельность АД анализировали в течение дня: наиболее высокий уровень АД отмечен у 80% больных в утренние часы, у 16% больных в вечерние часы, у 4% - в середине дня. Индекс времени гипертензии, позволяющий оценить повышение АД в течение определенного периода, рассчитывали по проценту измерений, превышающих нормальные показатели АД за день. Анализ этого показателя имеет решающее значение при диагностике АГ у лиц с высокой вариабельностью АД. При этом средние величины АД могут оставаться нормальными. У здоровых взрослых людей индекс времени гипертензии не должен превышать 12-25%. В обследуемой группе индекс времени гипертензии 100% отмечен у 9 больных, у 8 человек этот показатель составлял от 60 до 64%, у 4 человек - от 30 до 33%.

Таким образом, результаты мониторинга позволили выявить склонность к повышенному АД и повышенную вариабельность АД у 29 человек (78,4%), а также обосновать наличие АГ 2 степени - у 16 человек - 43,2%, наличие АГ 3 степени - у 4 человек - 10,8%. На основании полученных выводов были скорректированы дозы лекарственных антигипертензивных и сахароснижающих препаратов.

Мы считаем, что применение способа мониторинга АД позволяет существенно расширить возможности контроля АГ при сахарном диабете, что будет способствовать своевременному осуществлению профилактических мероприятий.