

Л.А.Шардина, Е.Д.Рождественская, В.А.Шалаев, В.Н.Фарберов,
Т.В.Зубарева, Е.А.Шубникова, Н.И.Власова, Л.Н.Горниова

ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР И ПОЛЯРИЗАЦИОННО-ОПТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КРОВИ У ЖЕНЩИН С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ АОРТОАРТЕРИТОМ И СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ В ПЕРИМENOПАЗУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Уральская государственная медицинская академия,
Кафедра пропедевтики внутренних болезней,
Областная клиническая больница № 1

По современным представлениям дислиппротеидемии (ДЛП) являются одним из основных факторов риска атеросклероза и связанной с ним ишемической болезни сердца (ИБС) [5,6]. Однако, в настоящее время имеются весомые доказательства в пользу других механизмов развития атеросклеротического процесса, в частности иммунных [1,4,8]. Эти факты, учитывая значительную распространённость аутоиммунных болезней среди населения и патогенетическую значимость атеросклероза в возникновении ИБС, побуждают исследователей обратиться к изучению вопроса влияния на процессы атерогенеза некоторых ревматических заболеваний, имеющих в своей основе аутоиммунный механизм развития. Так, есть указания на этиологическую роль липидно-белковых нарушений в возникновении атероматозных поражений сосудов у больных системной красной волчанкой [2].

В контексте изложенного цель настоящего исследования заключается в уточнении особенностей показателей липидного обмена и оценке его значимости в атерогенезе у женщин с неспецифическим аортоартериитом (НАА) и системной красной волчанкой (СКВ) в перименопаузальном периоде, когда существенно возрастает риск развития атеросклероза и ИБС в общей популяции.

Пациенты и методы исследования

Показатели липидного спектра изучены у 90 женщин в возрасте 40-57 лет, из них у 26 лиц с НАА (средний возраст $48,8 \pm 3,5$ лет), у 24 - с СКВ (средний возраст $46,5 \pm 2,1$ лет), у 20 - с дисовариальной миокар-диодистрофией (МКД), составивших группу сравнения (средний возраст $49,3 \pm 3,7$ лет), и у 20 практически здоровых женщин, вошедших в контрольную группу (средний возраст $48,6 \pm 3,4$ лет). Диагноз НАА и СКВ устанавливался в соответствии с общепринятыми в мировой практике критериями. При включении женщин в исследование выяснялось состояние их менструальной функции и начало менопаузы. Кроме того, у всех пациенток с НАА и СКВ анализировалась терапия глюкокортикоидами, в частности, ее продолжительность и дозы препаратов.

В плазме крови определяли уровень общего холестерина (ОХС), альфа-холестерина (α -ХС) и триглицеридов (ТГ). С помощью соответствующих формул рассчитывали величину показателей ХС пребеталипопротеидов (ХС пре- β -

ЛП), бета-липопротеидов (ХС (3-ЛП) и коэффициент атерогенности (КА). Для выделения пациенток с гиперлипо-протеидемией (ГЛП) использовались критерии, предложенные Европейским обществом по изучению атеросклероза (1994). Наряду с вышеприведенными исследованиями с помощью метода «Мезотест» [3] изучались поляризационно-оптические свойства крови, метаболические сдвиги в плазме крови и структурные изменения ее молекулярных комплексов.

Продолжительность заболевания в группе пациенток с НАА колебалась от 2 до 15 лет. Минимальная активность процесса в момент исследования наблюдалась у 16 пациенток, умеренная степень активности - у 4-х; артериальная гипертензия выявлена у 5 больных. Глюкокортикоиды в поддерживающей дозе получали 10 женщин. Менструальная функция оказалась сохраненной у 14 пациенток, у остальных наблюдалась менопауза, начавшаяся с 50-51-летнего возраста.

В группе больных СКВ продолжительность заболевания была в пределах от 1,5 до 20 лет. Активность процесса у большинства пациенток была минимальной, у 6 женщин соответствовала второй степени. Во время обследования больные получали глюкокортикоиды в дозе 10 мг (по преднизолону). Менструальная функция была сохранена у 12 женщин, нерегулярные месячные отмечены у 8 женщин, менопауза, начавшаяся в 49-50-летнем возрасте, диагностирована у 4 больных СКВ.

Результаты исследования и их обсуждение

Сравнительный анализ показателей липидов сыворотки крови установил (табл.) статистически достоверные отклонения, касающиеся уровней ОХС, ХС β -ЛП и ХС α -ЛП, у больных НАА и СКВ по отношению к группе больных МКД и к лицам контрольной группы. При этом уровень ОХС был существенно выше ($p < 0,05$) у больных НАА, чем среди женщин с СКВ и в контрольной группе. Различия содержания ХС β -ЛП в сыворотке крови больных как НАА, так и СКВ были состоятельными по сравнению с величиной этого показателя у больных МКД и здоровых женщин ($p < 0,01$ и $p < 0,05$ соответственно). Наряду с этим установлено, что антиатерогенная фракция липидов - ХС α -ЛП - у больных НАА и СКВ отличалась достоверно более низкими величинами, чем в группах больных МКД и практически здоровых лиц ($p < 0,01$). Также существенными найдены различия в содержании ХС α -ЛП между группами НАА и СКВ: среди пациенток с НАА уровень ХС α -ЛП был выше, чем у больных СКВ ($p < 0,05$). Коэффициент атерогенности в группах пациенток с НАА и СКВ был достоверно выше ($p < 0,01$), чем среди больных МКД и здоровых лиц.

Установление типов гиперлипопротеидемий по D. Fredrickson et al. (1967) позволило у 6 больных НАА выделить II а тип ГЛП, у 5 женщин - II б тип ГЛП. Изолированная гипоальфа-липопротеидемия наблюдалась у 2 женщин.

Результаты определения типов ГЛП в группе больных СКВ имеют несколько иную картину: в 4 случаях наблюдался II а тип, в 2-х - II б тип, у 2-х пациенток выявлен IV тип ГЛП, у 2 женщин - изолированная гипоальфа-липопротеидемия.

Таблица

Показатели липидов у женщин с неспецифическим аортоартериитом, системной красной волчанкой и
дизовариальной миокардиодистрофией ($M \pm m$)

Исследуемые группы	ОХС, ммоль/л	ХС пре- β -ЛП, ммоль/л	ХС - β -ЛП, ммоль/л	ХС α -ЛП, ммоль/л	ТГ, ммоль/л	КА, усл. ед.
НАА (n=26)	$6,06 \pm 0,48$	$0,81 \pm 0,12$	$3,62 \pm 0,41$	$1,57 \pm 0,12$	$1,78 \pm 0,27$	$3,86 \pm 0,44$
СКВ (n=24)	$4,81 \pm 0,26$	$0,73 \pm 0,12$	$2,88 \pm 0,28$	$1,21 \pm 0,12$	$1,6 \pm 0,26$	$3,98 \pm 0,25$
МКД (n=20)	$5,1 \pm 0,7$	$0,94 \pm 0,09$	$1,62 \pm 0,57$	$2,54 \pm 0,28$	$2,07 \pm 0,2$	$2,01 \pm 0,5$
Контрольная группа (n=20)	$4,71 \pm 0,48$	$0,7 \pm 0,13$	$1,4 \pm 0,5$	$2,62 \pm 0,43$	$1,54 \pm 0,3$	$1,8 \pm 0,41$
P ₁₋₂	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05
P ₁₋₃	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05	>0,05	<0,05
P ₁₋₄	<0,05	>0,05	<0,05	<0,05	>0,05	<0,05
P ₂₋₃	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05	>0,05	<0,05
P ₂₋₄	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05	>0,05	<0,05
P ₃₋₄	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Исследование поляризационно-оптических свойств сыворотки крови больных НАА и СКВ показало, что суммарный математический индекс (I вк), количественно отражающий процессы кристаллообразования, в среднем составил $8,71 \pm 0,71$, что соответствует высокой степени кристаллизации. Текстуры кристаллов были представлены в основном веерными кристаллами, миелиновыми формами; жидкокристаллические линии, которые более характерны для здоровых лиц, отмечены в меньшем количестве.

Подводя итог выше приведенным материалам, следует сказать, что липидный обмен у больных НАА и СКВ имеет более выраженную атерогенную направленность, нежели у пациенток того же возраста, страдающих МКД дивергентного генеза и тем более у здоровых женщин. Дислипидемии, характеризующиеся значительным атерогенным потенциалом, найдены у половины больных аутоиммунной патологией. Особого внимания при этом заслуживает повышенная частота выявления лиц со II а и II б типами ГЛП, наличие которых, по свидетельству ряда исследователей [5, 7], указывает на повышенный риск раннего развития атеросклероза и самых тяжелых форм кардио- и цереброваскулярной патологии.

Результаты изучения поляризационно-оптических свойств сыворотки крови подтверждают атерогенный характер изменений липидного метаболизма у больных НАА и СКВ.

Как показало исследование, степень выраженности дислипидемий более значима у женщин с НАА по сравнению с группой больных СКВ. Мы полагаем, что раннему развитию атеросклероза у больных НАА может способствовать имеющееся у них повреждение сосудистой стенки аорты и крупных артерий иммунновоспалительным процессом, а у больных СКВ - длительный (годами) прием глюкокортикоидных препаратов. О последнем свидетельствуют и литературные данные [1, 2]. Это заставляет думать, что больные НАА более чем женщины с СКВ, угрожаемы в присоединении к аутоиммунному поражению сосудистой стенки атероматозных повреждений, особенно в менопаузальном периоде.

В заключение отметим, что вопрос о роли иммунного фактора в развитии атеросклероза актуален в аспекте научно-практической значимости и потому требует дальнейшего выяснения. Отчетливый половой диморфизм неспецифического аортоартериита и системной красной волчанки, с одной стороны, атеросклероза и ишемической болезни сердца - с другой, является объединяющим обстоятельством этих разных по этиологии и патогенезу заболеваний. Возможно, с учетом изложенного проблему следует рассматривать более широко и усилия ученых в дальнейшем целесообразно направить на изучение у больных НАА и СКВ липидо-иммуно-гормональной сопряженности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алекберова З.С., Насонова В.А. Дислипидемии и аутоиммунные заболевания // Вестник РАМН. - 1998. - № 12. - С. 43-45.

2. Алекберова З.С., Попкова Т.В., Насонов Е.Л. и др. Липид-белковые показатели транспорта холестерина крови при системной красной волчанке // Тер. арх. - 1999. - № 5. - С. 34-38.
3. Минц Р.И., Кононенко Е.В. Жидкие кристаллы в биологических системах. - М., 1982.
4. Насонов Е.Л. Маркеры воспаления и атеросклероз: значение С-реактивного белка // Кардиология. - 1999. - № 2. - С. 81-85.
5. Оганов Р.Г. Профилактическая кардиология: от гипотез к практике // Кардиология. - 1999. - № 2. - С. 4-10.
6. Сусеков А.В., Творогова М.Г., Титов В.Н. и др. Ципрофibrate при лечении гиперлипидемии типа II а у женщин в постменопаузе // Кардиология. - 1997. - № 11. - С. 27-30.
7. Шардин С.А., Барац С.С., Бенедиктов И.И. Сердечно-сосудистая патология у женщин (инфлогенитологический аспект). - Екатеринбург.
8. Изд-во Урал. ун-та, 1997. - 188 с.
9. Libby P. Molecular bases of the acute coronary syndromes. Circulation 1995;91:2844-50.

Е.Д.Шелягина

ПЛАЗМАФЕРЕЗ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ. ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Областная клиническая больница №1,
кафедра терапии ФПК и ПП

Бронхиальная астма относится к числу наиболее распространенных заболеваний. В общей популяции бронхиальная астма [БА] встречается более чем в 5%[1]. В Свердловской области ею страдают 6,2% населения [4]. Из года в год возрастает тяжесть течения заболевания. В настоящее время до 20% от всех больных страдают тяжелой БА [5]. Очень высок процент больных, находящихся на лечении системными глюкокортикостероидами (ГКС) [2]. Лечение БА из-за ее широкой распространенности, тяжести течения превратилось в одну из актуальных проблем внутренней медицины.

В настоящее время, несмотря на наличие национальной программы по борьбе с бронхиальной астмой, успехи медикаментозной терапии, остается актуальной проблема подбора рациональной и эффективной терапии. Новые перспективы в лечении больных БА, резистентных к медикаментозной фармакотерапии, появились в связи с разработкой эфферентных методов. Наиболее распространенным из них на сегодняшний день является плазмаферез [ПА]. ПА оказался эффективным у 67,8 - 96,0% пациентов с инфекционно-зависимой (эндогенной) БА и у 70,0 - 80,0% при atopической (экзогенной) БА [2,3,5]. Несмотря на положительный опыт в использовании ПА при лечении БА, до сих пор его роль и место в комплексном лечении заболевания окончательно не определены [5,6]. Общее число наблюдений до сих пор относительно невелико, недостаточно изучены показания, противопоказания и механизмы действия