

ческого времени от астрономического наблюдаются в ночное время и характеризуются замедленным его восприятием.

Суточная вариабельность функционального состояния спинальных двигательных центров.

Суточная ритмичность функционального состояния спинальных двигательных центров представляет особый интерес в связи с широкой патологией нервной системы. Нами проведены исследования суточного ритма двигательного центра камбаловидной мышцы по показателям стимуляционной электромиографии (соотношение величины максимальных Н- и М-ответов, выраженных в процентах). Данный показатель принят для количественного определения мотонейронов, участвующих в моносимпатической передаче возбуждения. Полученные данные указывают на наличие чёткого суточного ритма возбудимости спинальных двигательных центров. Для правой конечности они характеризуются следующими показателями: акрофаза - 23,08, амплитуда ритма - 22,35, мезор - 63,6%. Для левой конечности эти показатели были сходны: акрофаза - 22,35, мезор 63,6%, амплитуда ритма - 6,94%.

Полученные данные позволяют констатировать факт наличия чёткого суточного ритма возбудимости спинальных двигательных центров, которая у здоровых людей характеризуется максимальной активностью в ночное время.

Резюмируя, следует заметить, что функциональная активность физиологических систем здорового человека имеет чёткий суточный ритм и определяет своеобразный хроноалгоритм сопряжённости показателей многих систем во времени. Это позволяет полагать несостоятельность разовых исследований для оценки функциональных характеристик физиологических систем организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Деряпа Н. Р., Мошкин М. П., Поеный В. С. Проблемы медицинской биоритмологии. М.: Медицина, 1985. 206 с.
2. Заславская Р. М. Суточные ритмы у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. М.: Медицина, 1979. 168 с.
3. Комаров Ф. И., Захаров Л. В., Лисовский В. А. Суточный ритм физиологических функций здорового и больного человека. Л.: Медицина, 1966. 220 с.

Н.С.Мазалова, Н.Н.Корякова

НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАБОТЫ НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №1

Уральская государственная медицинская академия,
Областная клиническая больница № 1

Нефрологическое отделение в ОКБ №1 было открыто в 1976 г. Первые опыты нефробиопсии относятся к 1985-1986 г.г., затем нефробиопсия почек не проводилась до 1991 г. В течение последующих 8,5 лет было сделано 518 неф-

робиопсии 1991 г.-20, 1992 г.-81, 1993 г.-37, 1994 г.-81, 1995 г.-121, 1996 г. - 67, 1997 г. - 53, 1998 г. - 43, и за 6 мес. 1999 г. - 15. Неравномерное и в целом недостаточное количество биопсий чаще всего было обусловлено отсутствием биопсийных игл. Мужчин пробиопсировано 334, женщин — 184. Не получен материал или был неинформативен в 45 случаях (8,7%). Распределение больных по возрасту: до 20 лет - 127, от 21 до 30 лет - 173, от 31 до 40 - 131, от 41 до 50 - 63, от 51 до 60 - 20 и старше 60 лет - 4, т.е. нефробиопсия проводилась в основном молодым пациентам - 300 больным в возрасте до 30 лет (57%).

По давности болезни (или по выявлению первых признаков заболевания в виде изолированного мочевого синдрома, гематурии, отеков, артериальной гипертензии) больные распределялись следующим образом: до 1 года- 121, до 3 лет - 169, до 5 - 110, до 10 - 78, до 15 - 24, до 20-13, более 20 лет - 3 человека, т.е. чаще всего нефробиопсия проводилась больным с небольшим стажем болезни - от 1 года до 5 лет - 400 пациентов.

Распределение больных по клиническим вариантам заболевания: изолированный мочевой синдром имел место у 209, гематурический у 54, синдром артериальной гипертензии у 46, хронический нефритический синдром (сочетание мочевого синдрома, артериальной гипертензии и небольших отеков) у 91, нефротический синдром у 69, тяжелый нефротический синдром в сочетании с синдромом артериальной гипертензии у 31, остонефритический синдром у 18, т.е. наибольшее количество больных подвергалось биопсии почек в связи с наличием изолированного мочевого синдрома - 209 человек (50%). Признаки хронической почечной недостаточности выявлены у 32 (6,17%) больных. Распределение по морфологическим вариантам:

мезангиопролиферативный диффузный гломерулонефрит у 271 (52,3%), очаговый - у 34 (6,5%), мембранознопролиферативный у 28 (5,4%), мембранозная нефропатия у 19 (3,6%), нефрит с минимальными изменениями у 9 (1,7%), фокальный сегментарный гломерулярный гиалиноз у 6 (1,1%), острый гломерулонефрит у 22 (4,2%). Наличие тубуло-интерстициального компонента в биоптате обнаружено у 18 (3,5%), фибропластического компонента у 26 (5%), диффузных фибропластических изменений у 6 (1,1%), амилоидоз выявлен у 21 (4%), хронический интерстициальный нефрит у 15 (2,8%), гипертонический нефроангиосклероз у 4 (0,7%), волчаночный нефрит у 3 (0,6%), подагрическая нефропатия у 2 (0,4%), диабетическая нефропатия у 1; не выявлено морфологических изменений в нефробиоптате у 16 (3%) пациентов (все призывники).

Клинические проявления у больных с мезангиопролиферативным вариантом: изолированный мочевой синдром у 151, гематурический у 30, нефритический у 15, хронический нефритический синдром у 40, синдром артериальной гипертензии у 35. У пациентов с мембранозной нефропатией изолированный мочевой синдром наблюдался в 2 случаях, хронический нефритический синдром в 5 и нефротический синдром в 12; при мембранознопролиферативном варианте нефротический синдром имел место у 15, нефритический в сочетании с артериальной гипертензией у 10, изолированный мочевой синдром у 3 больных. При нефрите с минимальными изменениями у всех 9 больных был нефротический синдром, при фокальном сегментарном гломерулярном гиалинозе у 2

больных нефротический синдром и у 4-х он сочетался с артериальной гипертензией. У больных с амилоидозом в 16 случаях наблюдался нефротический синдром, в 5 - изолированный мочевого синдром.

Наличие гематом после нефробиопсии по данным УЗИ отмечено у 102 больных, у 6 пациентов была выражена гематурия. Оперативное лечение в связи с осложнениями никому из больных не потребовалось.

Больные, подвергавшиеся нефробиопсии, были распределены по профессиональному признаку:

1. Студенты и учащиеся школ и профессионально-технических училищ – 125 (24,1%)
2. Работники интеллектуального труда – 88 (16,9%)
3. Рабочие промышленных предприятий – 143 (27,6%)
4. Работники сельскохозяйственных предприятий – 132 (25,4%)
5. Не уточнен профессиональный анамнез – 30 (5,8%)

Таким образом, более половины (53%) составляют работники промышленных и сельскохозяйственных предприятий, т.е. лица тяжелого физического труда, нередко подвергающиеся воздействию профессиональных вредностей и охлаждения. Контакт с профессиональными вредностями (кислоты, щелочи, лаки, краски, бензин, свинец, кадмий) удалось выявить у 82 пациентов (15,6%).

Сопутствующий почечной патологии хронический описторхоз обнаружен у 32 (6,2%), а носительство антигенов вирусного гепатита у 46 (8,8%) больных.

В современных условиях в нефрологическом отделении основными формами иммунокомплексного гломерулонефрита являются мезангиопролиферативный и мембранознопролиферативный варианты. Следует отметить, что большая частота мезангиопролиферативных изменений может быть как проявлением гломерулонефрита, так и возможной неспецифической реакцией на другие патологические процессы (например, при гипертонической болезни), для верификации необходимо проводить иммунофлюоресцентное исследование - при гипертонической болезни не находят отложений иммуноглобулинов.

Частота острого гломерулонефрита меняется в различные промежутки времени, так, если по данным Б.И.Шулутко (1991г.) за последние 10 лет характерной морфологической картины острого гломерулонефрита не удалось наблюдать ни разу, то за последние 5-7 лет многие клиники вновь отмечают некоторое увеличение частоты этого заболевания, о чем свидетельствуют и наши данные - 22 больных с острым нефритом, подтвержденным морфологически, за 8 лет.

Подходы к лечению гломерулонефритов в зависимости от клинических и предпочтительнее клинико-морфологических характеристик имеют широкий диапазон. От отсутствия каких-либо терапевтических мероприятий, кроме коррекции режима и санации возможных очагов инфекции у больных с умеренными изменениями в моче до так называемой агрессивной терапии с использованием сверхвысоких доз глюкокортикоидов, цитостатиков, плазмафереза при активных формах нефрита, характеризующихся наличием нефротического син-

дрома, быстрым снижением почечных функций, резистентностью к обычной терапии.

Сочетанная терапия (ГКС и ЦС) обычно назначается при неблагоприятных морфологических вариантах гломерулонефрита (мембранозная нефропатия, мембранознопролиферативный гломерулонефрит, фокальный сегментарный гломерулярный гиалиноз), большой давности (более 5 лет) заболевания, наличии тяжелой артериальной гипертензии, что препятствует применению высоких доз кортикостероидов. Последние годы активно проводится многомесячная пульс-терапия ГКС и (или) ЦС, что позволяет лучше контролировать лечение, сопровождается меньшим количеством осложнений; широко используются ингибиторы АПФ, блокаторы кальциевых каналов, антикоагулянты, антитромбоцитарные, гиплипидемические препараты. Курсовая доза циклофосфана при проведении пролонгированной пульс-терапии колеблется от 6 до 20 и более грамм.

Показанием к проведению плазмафереза являются быстро прогрессирующий гломерулонефрит, синдром Гудпасчера, недостаточный эффект (или его отсутствие) от ГКС и ЦС, невозможность лечения ГКС и ЦС в полном объеме из-за противопоказаний или осложнений.

Опыт применения циклического пептида циклоспорина А пока невелик, что объясняется очень высокой стоимостью препарата. Мы его применяли у 5 пациентов с тяжелым течением заболевания. У 2-х больных получен очень хороший результат лечения, у 2-х эффекта не было, 1 пациентка начала применять препарат недавно.

По-прежнему широко используются прямые антикоагулянты, предпочтение отдается низкомолекулярным гепаринам, т.к. нефракционированный гепарин в ряде случаев вызывает повышение агрегации тромбоцитов и тромбоцитопению.

Из новых методов исследования внедрены следующие: определение почечного функционального резерва, концентрации циклоспорина А в сыворотке крови, антител к кардиолипину, волчаночного антикоагулянта, исследуется развернутый липидный спектр крови, проводится доплерография почечных сосудов, магниторезонансное томографическое исследование почек и почечных сосудов, осваивается иммунофлюоресцентный метод исследования нефробиоптата.

Сотрудниками отделения проводится научная работа по применению ингибиторов АПФ у больных с хронической почечной недостаточностью, статинов у больных гломерулонефритом, изучаются антифосфолипидный синдром и состояние минерального обмена при гломерулонефропатиях.

В перспективе работы отделения - внедрение метода иммунофлюоресценции, улучшение морфологической диагностики, особенно в плане выявления тубулоинтерстициальных изменений, более широкое применение циклоспорина А, использование рекомбинантного интерферона у больных с вирусной этиологией гломерулонефрита; при резистентности к иммуносупрессивной терапии - использование внутривенного человеческого иммуноглобулина. Воз-

возможности применения этого препарата ограничиваются крайне высокой стоимостью.

Силами преподавателей кафедры терапии ФПК и ИП и сотрудников отделения осуществляется повышение квалификации врачей-терапевтов в разделе "Нефрология". С 1999 г. ежегодно будет проводиться специализированный цикл тематического усовершенствования "Клиническая нефрология". В феврале 1999 г. такой цикл был впервые проведен, обучено 17 врачей.

На поликлиническом этапе осуществляется диспансерное наблюдение за больными, получающими иммуносупрессивную терапию и больными с хронической почечной недостаточностью.

Увеличение количества врачей-нефрологов, нефрологических отделений и отделений хронического гемодиализа в области будет способствовать улучшению диагностики и лечения больных с заболеваниями почек и продлению их жизни.

Н.А.Осадчая

ПЕРЕНЕСЕННЫЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Кафедра терапии ФПК и ИП

Заболевания сердечно-сосудистой системы, в том числе и атеросклероз, стали серьезной угрозой для жизни человека. С ростом цивилизации одновременно растет и смертность от поражений сердечно-сосудистой системы. Безусловно, необходима своевременная медицинская помощь для эффективного лечения и предупреждения рецидивов заболеваний. Однако когда больной становится объектом внимания кардиолога, поздно говорить о предупреждении заболевания, его профилактике.

Первичная профилактика поражений сердечно-сосудистой системы предусматривает выявление факторов риска развития атеросклероза, воздействие на них и возможное устранение. Первичным субстратом, вызывающим морфологические изменения, свойственные атеросклерозу, является холестерин, представляемый липопротеидами. Таким образом, формирование атеросклероза связано с нарушением липидного обмена.

Основным местом обмена холестерина, образованием ЛПНП, ЛПВП является печень. Следовательно, заболевания печени могут либо способствовать возникновению и/или прогрессированию атеросклероза, либо замедлять его развитие.

В литературе, как правило, рассматриваются изменения печени при уже сформировавшемся атеросклерозе.

Наиболее часто встречающееся заболевание печени - вирусный гепатит. Роль перенесенного вирусного гепатита, как фактора риска в формировании