

Таким чином, нульові алелі гена GST μ 1 є ведучими промоутерами ризику розвитку дисфункції плаценти у жінок з дихоріальною двійнею, обтяжених екстрагенітальною патологією та ускладненим акушерсько-гінекологічним анамнезом.

Висновки:

При вивченні поліморфізму гена детоксикації ксенобіотиків GST μ 1 встановлені достовірні відмінності у гомозигот по нульовому алелю у групі вагітних з наявністю дисфункції плаценти при багатоплідній вагітності.

Одержані результати свідчать про участь делеційного алеля гена GST μ 1 у патогенезі дисфункції плаценти і дозволяють розглядати його молекулярний скринінг у якості важливого прогностичного теста, але потребують більш досконального мультифакторного дослідження.

Література

1. Аклеев А. В. Частота многоплодных родов у женщин, подвергшихся хроническому радиационному воздействию в населенных пунктах на реке Тече / А. В. Аклеев, С. А. Шалагинов // Медицинская радиология и радиационная безопасность. – 2010. - №3. – С. 29-36.
2. Вдовиченко Ю. П. Перинатальні наслідки багатоплідності / Ю. П. Вдовиченко, А. В. Ткаченко // Одеський медичний журнал. – 2005. - №2(88). – С.56 – 60.
3. Гусева О. И. Особенности роста плодов и региональные фетометрические нормативы при беременности двойней в зависимости от их хориальности / О.И.Гусева, Н.А.Филиппова // Пренатальная диагностика. – 2009. -№2. –С.105-111.
4. Деякі аспекти регуляції транскрипції гена глутатіон-S-трансферази P1 у плаценті людини / А. М. Солончак, О. П. Марценюк, Й. Жешовська-Вольни [та ін.] // Укр. біохім. журнал. - 2007. - №4. - Т. 79. - С.67-74.
5. Маслянюк Н.А. Многоплодная беременность после экстракорпорального оплодотворения как фактор риска недоношенности и задержки внутриутробного развития / Н. А. Маслянюк // Журнал акушерства и женских болезней. – 2010. - №1. – С. 116-121.
6. Фанченко Н. Д. Пренатальная диагностика при многоплодной беременности / Н. Д. Фанченко, Н. А. Каретникова, А. М. Стыгар [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2010. - №2. - С. 29 - 34.
7. Glutathione S-transferase μ 1 and N- acetyltransferase -2 genetic polymorphisms and exposure to tobacco smoke in nonsmoking and smoking lung cancer patients and population control / F. Nyberg, S. M. Hou, K. Hemmiki [et al.] // Cancer Epidemiol. Biomarkers. Rev. - 1998. - V. 7, № 10. - P. 875-883.

УДК 616.233-002-036.12

Н. А. Мацегора, Г. В. Мисюна

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ

Одесский национальный медицинский университет

Реферат. Н. А. Мацегора, Г. В. Мисюна **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ.** В работе исследовались эпидемиологические критерии и факторы риска больных с сочетанной патологией, включающей артериальную гипертензию и хронические обструктивные заболевания лёгких (80 человек). Проведен анализ активности позиции пациентов к лечению, уровня артериального давления, частоты осложнений и летальности.

Представлены сравнительные результаты исследований лиц мужского и женского пола.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких, артериальная гипертензия, частота осложнений, летальность.

Реферат. Н. А. Мацегора, Г. В. Мисюна **ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У СПОЛУЧЕННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ.** В роботі досліджувалися епідеміологічні критерії та фактори ризику хворих на сполучну патологію, що включає артеріальну гіпертензію і хронічні обструктивні захворювання легень (80 осіб). Проведений аналіз активності позиції пацієнтів щодо лікування, рівня артеріального тиску, частоти ускладнень і летальності. Представлені порівняльні результати досліджень чоловіків та жінок.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, артеріальна гіпертензія, частота ускладнень, летальність.

Summary. N. A. Matsegora, G. V. Misuina. **EPIDEMIOLOGY OF ARTERIAL HYPERTENSION IN COMBINATION WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE.** In the article presented the authors have investigate some epidemiological aspects and risk factors of the combined pathology patients, i.e. hypertension and chronic lung obstructive disease. The analysis of the patients active position as to their treatment, level of blood pressure, frequency of complications and fatality is given. The comparative results of male and female patients study are given.

Key words: chronic obstructive lung disease, arterial hypertension, frequency of complications, fatality.

Вступлення. Артериальная гипертензия (АГ) — распространенное во всем цивилизованном мире заболевание сердечно-сосудистой системы. Средняя распространенность её составляет 15-25%, а у лиц старше 65 лет она превышает 50%. У пациентов с АГ выявлено повышение общей смертности в 2-5 раз, а смертности от сердечно-сосудистых заболеваний - в 2-3 раза.

Начинаясь как результат невроза (одно из его проявлений), АГ в своем развитии быстро приводит к разнообразным нарушениям, поражениям функции многих органов (органы-мишени), в том числе и сердечно-сосудистой системы. К факторам риска гипертонической болезни относятся: курение, ожирение, гиперлипидемия, сахарный диабет, гипертрофия левого желудочка [1,2].

Артериальная гипертония часто развивается у больных на фоне длительного табакокурения, приводящего к развитию хронического обструктивного заболевания легких, которое, в свою очередь, приводит к прогрессированию сердечно-сосудистых заболеваний [3,4].

Хроническое обструктивное заболевание лёгких (ХОЗЛ) — самостоятельное заболевание, для которого характерно частично необратимое ограничение воздушного потока в дыхательных путях. Ограничение воздушного потока, как правило, имеет неуклонно прогрессирующий характер и спровоцировано аномальной воспалительной реакцией ткани лёгких на раздражение различными патогенными частицами и газами.

Патологический процесс начинается в слизистой бронхов: в ответ на воздействие внешних патогенных факторов происходит изменение функции секреторного аппарата (гиперсекреция слизи, изменения бронхиального секрета), присоединяется инфекция, развивается каскад реакций, приводящих к повреждению бронхов, бронхиол и прилегающих альвеол. Нарушение соотношения протеолитических ферментов и антипротеаз, дефекты антиоксидантной защиты легких усугубляют повреждение [5-7].

Косвенное провоспалительное действие в различных органах и тканях оказывает повышенная активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), а ангиотензин II (А-II) напрямую стимулирует образование фиброзной ткани. На аутокринном уровне РААС участвует в регуляции клеточного метаболизма. А-II способствует гликогенолизу и увеличивает образование молочной кислоты в тканях [8].

Повышение активности РААС может также отрицательно влиять на функцию эндотелия и оказывать протромботическое действие. В то же время, использование ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) влечет за собой не только угнетение РААС (превращение АI в А-II), но и накопление брадикининов, также обладающих провоспалительным эффектом с развитием гиперэргического воспаления, с чем, в частности, связано появление кашля у некоторых больных, получающих ингибиторы АПФ (накопление кининовой субстанции Р).

90% вариантов сочетанной патологии составляют коморбидные состояния, которые формируют у пациентов синдром взаимного отягощения, что создаёт проблемы при подборе адекватной терапии (Зодионченко В.С., 2001; Денисюк В.И., 2002).

Артериальная гипертензия (АГ) у больных ХОЗЛ представляет одно из частых коморбидных состояний в клинике внутренних болезней и является предметом конструктивного взаимодействия интернистов, кардиологов, пульмонологов. АГ выявляется у больных ХОЗЛ с различной частотой (от 6,8% до 76,3%), составляя в среднем 34,3%. Подобная коморбидность при всей ее практической значимости имеет неоднозначную трактовку относительно патогенетической связи между АГ и ХОЗЛ. Существуют две точки зрения на сочетание АГ и ХОЗЛ (Л.И. Дворецкий, 2008)

1. Сосуществование двух заболеваний, развивающихся под воздействием различных факторов риска и патогенетически не связанных между собой, т.е. речь идет о сочетании двух независимых заболеваний.

2. Существует патогенетическая связь между АГ и ХОЗЛ, которая является причиной развития АГ. Это дает основание рассматривать АГ у данной категории пациентов, как симптоматическую, и даже обозначать ее пульмогенной АГ (по аналогии с нефрогенной, эндокринной и др.).

В пользу «пульмогенных» механизмов АГ у больных ХОЗЛ может свидетельствовать развитие АГ через несколько лет после манифестации ХОЗЛ, а также связь между подъемами АД и обострением легочного заболевания с усилением бронхиальной обструкции, усугублением гипоксемии, отягощением течения АГ.

АГ и ХОЗЛ сближают различные ассоциированные факторы, играющие важную роль в течении и прогрессировании каждого из этих двух заболеваний.

Учитывая широкую и прогрессирующую распространенность АГ и ХОЗЛ, многообразие факторов риска, отягощающих развитие этой коморбидной патологии, изучение роли ведущих факторов эпидемиологии, стратификация риска остаются актуальными для выбора адекватного методического подхода в системной профилактике и лечении данного контингента больных.

Целью нашего исследования явилось: изучить факторы риска развития АГ и ХОЗЛ у мужчин и женщин, выявить информативные эпидемиологические и анамнестические признаки (корректируемые и некорректируемые), в том числе характеризующие наследственную предрасположенность к АГ и ХОЗЛ.

Материал и методы. В работе использованы современные методы определения факторов риска и признаков, характеризующих отягощенность семейного анамнеза, различных проявлений АГ и ХОЗЛ.

Содержание работы. Исследовано 80 больных, страдающих АГ в сочетании с ХОЗЛ, из которых 40 – женщины в возрасте $60,33 \pm 3,45$ и 40 – мужчины в возрасте $59,88 \pm 2,92$ лет. Род занятий – люди интеллектуального труда, имеющие высшее образование. Уровень артериального давления, наличие нарушений ритма, отношение к лечению, осложнения и летальные случаи отражены в таблице 1.

Данные таблицы свидетельствуют о высокой частоте уровня артериального давления, соответствующего 2 и 3 ст. АГ у большинства мужчин (90%) и женщин (67,5%). При этом менее высокие цифры артериального давления, отражающие нормально высокий уровень и 1 ст. АГ, регистрировались систематически у 13 женщин (32,5%).

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ АГ С СОПУТСТВУЮЩИМ ХОЗЛ ПО УРОВНЮ
АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ОСЛОЖНЕНИЙ И ЛЕЧЕБНОЙ «АКТИВНОСТИ»

Показатели	мужчины n = 40		женщины n = 40	
	абс	q ± m _q (%)	абс	q ± m _q (%)
Уровень АГ нормально высокий	0	-	2	5,0 ± 3,45
- 1 ст.АГ	2	5,0 ± 3,45	11	27,5 ± 7,06*
- 2 ст.АГ	20	50,0 ± 7,91	13	32,5 ± 7,41*
- 3 ст. АГ	18	45,0 ± 7,87	14	35,0 ± 7,54
Нарушения ритма (мерцательная аритмия, экстрасистолия)	24	60,0 ± 7,75	18	45,0 ± 7,87*
Не лечились	10	25,0 ± 6,85	5	12,5 ± 5,23*
Лечились периодически, «по требованию»	22	55,0 ± 7,87	17	42,5 ± 7,82*
Лечились систематически	8	20,0 ± 6,33	18	45,0 ± 7,87
Осложнения	24	60,0 ± 7,75	16	40,0 ± 7,75*
Умерли	7	17,5 ± 6,01	5	12,5 ± 5,23

* - различия показателей у мужчин и женщин достоверны

Интерес представляют показатели лечебной «активности»:

- мужчины лечились периодически («по требованию») в 55% и регулярно принимали гипотензивную терапию в 20% наблюдений; игнорировали лечение 25% обследованных;

- женщины, лечившиеся «по мере ухудшения самочувствия» и систематически, составили 42,5% и 45% соответственно. И всего 5 человек (12,5%) принимали лекарства в редких случаях.

Количество осложнений течения коморбидного заболевания, включающего АГ и ХОЗЛ, было весьма высоким в обеих наблюдаемых группах при преобладании их у мужчин: 60% против 45% у женщин.

Очевидно, отношение к лечению отразилось и на показателях «осложнения» и летальных исходов.

Результаты изучения эпидемиологических критериев и факторов риска обследованного контингента представлены в табл. 2.

Все ведущие факторы риска развития АГ и ХОЗЛ встречались с высокой частотой. Курение и алкоголь, избыточная масса тела, низкая физическая активность, дислипидемия, обструктивное апноэ во сне с высокой частотой выявлялись у исследованных лиц.

Семейный анамнез со стороны АГ у родственников был существенно отягощён в равной степени у большинства обследованных. В то время как ХОЗЛ у родственников достоверно реже встречался у мужчин. Принимая во внимание первичное развитие ХОЗЛ у 65-67% обследованных обеих групп, следует с определённой долей вероятности предположить увеличение случаев ХОЗЛ у мужчин в связи с преобладанием фактора «вредных привычек» (курения, алкоголя, отказа от своевременного лечения и других).

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И ФАКТОРЫ РИСКА БОЛЬНЫХ
СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ АГ И ХОЗЛ (N =80)**

Критерии и факторы риска	Мужчины (n = 40)		Женщины (n = 40)	
	Абс	q ± m _q (%)	абс	q ± m _q (%)
Курение	33	82,5 ± 6,01	15	37,5 ± 7,65*
Алкоголь	28	70,0 ± 7,25	14	35,0 ± 7,54*
Избыточный вес	29	72,5 ± 7,06	30	75,0 ± 6,85
Абдоминальное ожирение	36	90,0 ± 4,74	32	80,0 ± 6,33
Низкая физическая активность	24	60,0 ± 7,75	31	77,5 ± 6,60*
Обструктивное апноэ во сне	30	75,0 ± 6,85	30	75,0 ± 6,85
Уровень холестерина высокий	25	62,5 ± 7,66	26	65,0 ± 7,54
Нарушение толерантности к глюкозе	18	45,0 ± 7,87	17	42,5 ± 7,82
Сахарный диабет	11	27,5 ± 7,06	10	25,0 ± 6,85
Мужчины 55 или < 55 лет	14	35,0 ± 7,54		
- старше 55 лет	26	65,0 ± 7,54		
Женщины 60 или < 60 лет			22	55,0 ± 7,87*
- старше 60 лет			18	45,0 ± 7,87*
Сердечно-сосудистые заболевания у родственников	39	97,5 ± 2,47	39	97,5 ± 2,47
ХОЗЛ у родственников	18	45,0 ± 7,87	28	70,0 ± 7,25*
Гипертензивный эффект некоторых медикаментов при лечении ХОЗЛ (глюкокортикоиды, β-2-агонисты)	14	35,0 ± 7,54	15	37,5 ± 7,65
Кашель при приёме блокаторов АПФ	28	70,0 ± 7,25	18	45,0 ± 7,87*
Ухудшение реологических свойств крови (повышение эритроцитов и агрегации тромбоцитов).	11	27,5 ± 7,20	10	25,0 ± 6,85
Психогенный фактор обострения	34	85,0 ± 5,65	36	90,0 ± 4,74
Развитие первично АГ	14	35,0 ± 7,54	13	32,5 ± 7,41
Развитие первично ХОЗЛ	26	65,0 ± 7,54	27	67,5 ± 7,41

* - различия показателей у мужчин и женщин достоверны

Выводы

1. АГ и ХОЗЛ имеют как отличные друг от друга эпидемиологические особенности, так и общие факторы риска (курение, избыточная масса тела, семейный анамнез и др.)

2. Первичным чаще является ХОЗЛ (в 65 - 67% случаев), а АГ формируется на его фоне при наличии предрасполагающих факторов, таким образом, формируется единое коморбидное патологическое состояние.

3. При коморбидной патологии, включающей АГ и ХОЗЛ, многочисленные факторы риска приводят к развитию патогенетически связанного между собой, более отягощенного течения сочетанной патологии, приводящей к развитию значительного числа осложнений.

4. Женский контингент более активно пользуется медикаментозной коррекцией при АГ и ХОЗЛ, что объясняет некоторое преимущество в клиническом течении по сравнению с таковым у мужчин.

Литература

1. Гуревич К. Г., Белоусов Ю. Б. // Качеств. клинич. практика. –2005. –№ 2. – С. 1 - 11.
2. Кисляк О. А. // Лечеб. дело. – 2007. – № 2. – С.21-23.
3. Маколкин В. И. // Рус. мед. журнал. – 2007.–Т. 15, № 18. – С.3 -7
4. Работа, стресс и артериальная гипертензия // Электронный ресурс; режим доступа: <http://medi.ru/doc/1712040:htm>.

5. Зодионченко В. С., Адашева Т. В., Шилова Е. В. и соавт. Клинико-функциональные особенности артериальной гипертензии у больных хроническими обструктивными болезнями легких // РМЖ. – 2003.- № 9.- С.535–538)
6. Карпов Ю. А., Сорокин Е. В. Особенности лечения артериальной гипертензии при хронических обструктивных заболеваниях легких // РМЖ. – 2003.- № 19.- С. 1048–1051.
7. Обструктивные заболевания легких: образовательная программа для врачей / Ю. И. Фещенко, Л. А. Яшина, А. М. Полянская, А. Н. Туманов. -Київ, 2004. - 287 с.
8. Фещенко Ю. И. Проблемы хронических обструктивных заболеваний легких // Укр. пульмонолог. журн. - 2002.
9. Овчаренко С. И. Современные проблемы диагностики хронической обструктивной болезни легких. Medlinks.ru. Проверено 2 января 2009.

УДК 618.3-06:616.391:577.164.16]-084(477)

І. В. Руденко, С. В. Лісковський

ПРОФИЛАКТИКА ГЕСТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ ЦИАНОКОБАЛАМИНА, КОТОРЫЕ ПРОЖИВАЮТ В ЮГО-ЗАПАДНОМ РЕГИОНЕ ПРИЧОРНОМОРЬЯ

Одеський національний медичний університет

Реферат. И. В. Руденко, С. В. Лисковский **ПРОФИЛАКТИКА ГЕСТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ ЦИАНОКОБАЛАМИНА, КОТОРЫЕ ПРОЖИВАЮТ В ЮГО-ЗАПАДНОМ РЕГИОНЕ ПРИЧОРНОМОРЬЯ.** Изучено содержание цианокобаламина в крови 150 женщин до и во время беременности в разные сроки. Исследование проводили в лаборатории ДИЛА иммунохемилюминесцентным методом. С целью коррекции низкого содержания цианокобаламина в крови, женщинам назначали диетотерапию, обогащенную мясными, белок-содержащими продуктами, витамином В₁₂ в индивидуальных дозах внутримышечно. Терапевтическая коррекция способствовала увеличению показателей в среднем через 3 недели и снижению частоты и тяжести акушерских осложнений.

Ключевые слова : беременность, цианокобаламин

Реферат. І. В. Руденко, С. В. Лісковський **ПРОФИЛАКТИКА ГЕСТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ ЦИАНОКОБАЛАМИНА, КОТОРЫЕ ПРОЖИВАЮТ В ЮГО-ЗАПАДНОМ РЕГИОНЕ ПРИЧОРНОМОРЬЯ.** Вивчено вміст ціанокобаламіну у крові 150 жінок до та під час вагітності у різні терміни. Визначення проводили у лабораторії ДІЛА імунохемилюмінесцентним методом. З метою корекції низького вмісту ціанокобаламіну у крові, жінкам призначали дієтотерапію, що збагачену м'ясними, білковмістивними продуктами, вітаміном В₁₂ в індивідуальних дозах внутрішньом'язово. Терапевтична корекція сприяла зростанню показників в середньому через 3 тижнів та зниженню частоти і тяжкості акушерських ускладнень.

Ключові слова: вагітність, ціанокобаламін

Summary. I. V. Rudenko, S. V. Liskovsky **PROPHYLAXIS OF GESTATIONAL COMPLICATIONS AT THE WOMEN WITH DEFICIENCY OF CIANOCOBALAMINI DWELLING AT THE SOUTH-WEST REGION OF THE BLACK SEA.** Maintenance of cianocobalamin was examined in blood of 150 women before and during different terms of pregnancy.