

Таблица 4

Ежегодная заболеваемость населения территорий РС(Я) раком легкого за 2001-2010 г., на 100 тыс. населения

Зона РС (Я)	Все население		Мужчины		Женщины	
	ГП	СПм	ГП	СПм	ГП	СПм
Заполярная	38,7±2,0	45,2±7,4	50,5±3,3	66,4±3,8	26,8±2,4	28,5±2,4
Восточная	30,4±1,8	30,8±5,6	47,6±3,2	54,2±3,4	12,0±1,6	11,7±1,6
Западная	35,1±1,9	39,2±9,7	38,3±2,9	47,5±3,2	31,9±2,6	32,2±2,6
Центральная	29,8±1,8	36,9±7,5	37,6±2,8	52,6±3,4	22,2±2,1	24,2±2,2
Южная	49,7±2,3	46,7±5,0	74,4±4,0	84,1±4,3	25,4±2,3	20,3±2,0
Большие города	31,5±1,8	36,3±2,8	50,0±3,3	68,9±3,9	14,4±1,7	15,3±1,8
РС (Я)	33,8±1,9	38,6±2,0	48,3±3,2	63,9±3,7	19,9±2,0	20,2±2,0

Примечание. СПм – стандартизованный (мировой) показатель. *Различие статистически значимо по сравнению с мужчинами ($p < 0,05$).

Таблица 5

Компоненты прироста числа вновь выявленных больных раком легкого в РС (Я) с 2001 по 2010 г., % от исходного уровня

Локализация опухоли	Общий прирост	В т. ч. в связи с изменением	
		численности и возрастной структуры населения	риска заболеть
Мужчины			
Все новообразования (C00–97)	6,67	4,74	1,93
Легкое (C33, 34)	2,36	1,03	1,33
Ж е н щ и н ы			
Все новообразования (C00–97)	9,62	9,71	-0,09
Легкое (C33, 34)	-4.76	0.87	-5.62

Бытантайского (28,9) и Чурапчинского (31,1^{0/0000}), а у женщин – Оймяконского (7,3), Мирнинского (9,1), Нерюнгринского (10,5^{0/0000}) улусов (табл. 3).

Относительно высокая заболеваемость, превышающая средние республиканские значения, выявлена в Южной, Заполярной и в Западной Якутии (табл. 4).

Для решения вопроса о том, в какой степени рост заболеваемости обусловлен старением населения и в какой – повышением «риска заболеть» в связи с появлением новых или ин-

тенсификацией существующих этиологических факторов, использовали компонентный анализ динамики заболеваемости ЗН (табл. 5).

Согласно анализу, первое десятилетие анализируемого периода характеризуется тем, что прирост общего числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗН у мужчин (6,67%) произошел в большей мере за счет «изменения численности и возрастной структуры населения» (4,74%), чем от «риска заболеть» (1,93). Вместе с тем на положительную

динамику заболеваемости мужчин раком легкого (2,36%) значительное влияние оказал рост «риска заболеть».

Общий прирост числа женщин, заболевших ЗН (9,65%), связан с изменениями численности и возрастной структуры (9,71%). Установлено, что снижение влияния фактора «риск заболеть» (-5,62) стало основной причиной снижения количества вновь выявленных лиц с ЗН легкого (-4,76%).

Таким образом, с целью достижения позитивных результатов в работе, направленной на улучшение онкоэпидемиологической ситуации в Республике Саха, следует обратить особое внимание на наблюдающийся негативный для Якутии демографический процесс и усилить работу по выявлению и устранению факторов риска, способствующих росту заболеваемости злокачественными новообразованиями.

Литература

1. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2008 г. / под ред. М.И. Давыдова и Е.М. Аксель // Вестник РОНЦ им Н.Н. Блохина РАМН. – М., 2010. – 160 с.

Statistics of malignant tumors in Russia and CIS in 2008 / edited by M.I. Davydov, E.M. Aksel / Vestnik RONC named after N.N. Blokhin RAMS. – М., 2010. – 160 p.

2. Чиссов В.И. Злокачественные новообразования в России в 2010 г. (заболеваемость и смертность) / В.И. Чиссов, В.В. Старинский и Г.В. Петрова. – М., 2012. – 260 с.

Chissov V.I. Malignant tumors in Russia in 2010 (morbidity and mortality) / V.I. Chissov, V.V. Starinsky, G.V. Petrov. – М., 2012. – 260 p.

3. Cancer incidence in Five Continents, Leon, MAIR, 2002.

4. Mackay J. The Tobacco Atlas. 2nd edition / J. Mackay, M. Eriksen, O. Shafey. – Atlanta: American Cancer Society; 2006.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Г.А. Усенко, Д.В. Васендин, А.Г. Усенко

ВАРИАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

УДК[616.12-009.72:631.859.42]:537.612

Целью исследования был анализ эффективности целенаправленной антигипертензивной терапии (АГТ), основанной и не основанной на коррекции симпатикотонии у пациентов с холерическим и сангвиническим темпераментом, страдающих артериальной гипертензией (АГ), а также активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы у флегматиков и меланхоликов на примере снижения содержания общего холестерина, суммарной фракции липопротеинов низкой и очень низкой плотности, величины индекса атерогенности и повышения липопротеинов высокой плотности и магния в сыворотке крови. Установлено, что по содержанию магния и липидов атерогенных фракций, а также доле лиц с осложнениями в условиях АГТ, связанной и, тем более, не связанной с коррекцией особенностей психосоматического статуса, высокотреховые флегматики и меланхолики относятся к лицам высокого риска развития осложнений АГ.

Ключевые слова: гипертония, магний, липиды, варианты антигипертензивной терапии.

The aim of the study was analysis of the effectiveness of targeted antihypertensive treatment (AHT) based and not based on the correction of sympathicotonia in patients suffering from

Новосибирский ГМУ: **УСЕНКО Геннадий Александрович** – д.м.н., проф., usenko1949@mail.ru, **ВАСЕНДИН Дмитрий Викторович** – к.м.н., доцент, **УСЕНКО Андрей Геннадьевич** – к.м.н., врач Новосибирского обл. госпиталя №2 ветеранов войн.

arterial hypertension (AH), with choleric and sanguine temperament, and the activity of the renin-angiotensin-aldosterone system in phlegmatic and melancholic, for example, reduction of total cholesterol, total fraction of lipoproteins of low and very low density, the value of atherogenic index and increase in high density lipoprotein and magnesium in the blood serum. It is established that by the content of magnesium and atherogenic lipid fractions, and the proportion of persons with complications in terms of AHT, associated and not associated with the correction of psychosomatic status features, highly anxious phlegmatic and melancholic persons are at high risk of developing complications of hypertension.

Keywords: hypertension, magnesium, lipids, variants of antihypertensive therapy.

Введение. В структуре заболеваемости и смертности трудоспособного населения сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают первые позиции. В настоящее время исследователи выделяют ряд факторов, влияющих на течение и исход гипертонической (ГБ) и ишемической болезни сердца (ИБС) [6, 8, 9, 13]. Известно, что у некоторых больных отмечено сочетание ГБ с атеросклеротическим поражением сосудов сердца и головного мозга [4, 6]. С другой стороны, ряд факторов, в том числе изменение концентрации натрия, калия, кальция и магния (Mg) в крови, существенно сказываются на течении ССЗ. Дефицит Mg может играть ключевую роль в развитии ССЗ [15]. Но у разных людей выраженность и особенности клинического течения ГБ разные, что требует индивидуального подхода в лечении и обследовании больных [3].

Цель исследования: изучить содержания магния и липидов в крови у больных АГ-II мужчин до и в процессе лечения двумя вариантами антигипертензивной терапии (АГТ) – эмпирическим и целенаправленным на блокирование некоторых особенностей пациентов с различными темпераментом и уровнем тревожности.

Материал и методы исследования. В период с 1999 по 2012 г. в условиях поликлиник обследовано 848 инженерно-технических работников – мужчин в возрасте 44 – 62 лет (в среднем $54 \pm 1,8$ года), у которых обнаружена гипертоническая болезнь в стадии II (ГБ-II, степень 2, риск 3). Длительность заболевания в среднем $11,6 \pm 1,4$ года. Наличие эссенциальной АГ устанавливали по критериям, изложенным в [8, 9]. У обследованных отсутствовали проявления сопутствующей патологии. Контролем служили 422 здоровых мужчины, совместимых по основным антропо-социальным показателям. Все исследования проводили с 8.00 до 10.00 утра, натощак. Превалирующий темперамент – холерический (Х), сангвинический (С), флегматический (Ф) или меланхолический (М) – определяли с использованием психологического теста [10] путем 3-кратного тестирования до лечения (0) и через 3, 6, 9, 12 и 18 мес. проведения АГТ. Величину реактивной (РТ) и личност-

ной (ЛТ) тревожности определяли по [11, 14]. Различия между РТ и ЛТ были не достоверны. К низкотрещным (НТ) отнесены лица, набравшие $32,0 \pm 0,6$ балла, к высокотрещным (ВТ) – от $42,8 \pm 0,4$ балла и выше. Наличие депрессии определяли по методике Э.Р. Ахметжанова [2], где состояние от 20 до 50 баллов определяли как без депрессии, от 51 до 59 – легкая степень депрессии, последняя степень отмечена только у ВТ/Ф и ВТ/М. По заключению психоневрологов, ВТ-пациенты в стационарном лечении не нуждались. ВТ/Х и ВТ/С назначали анксиолитик (Ах), а ВТ/Ф и ВТ/М – антидепрессант (Ад), кроме водителей. Из Ах в 96% случаев назначали сибазон по 2,5 мг утром и на ночь. Из Ад, по опыту использования антидепрессантов в лечении больных с артериальной гипертонией с расстройствами аффективного спектра [1], в 96% случаев назначали коаксил по 12,5 мг утром и на ночь (в 4% случаев – золофт по 25 мг/сут.). Назначение Ах и Ад водителям и НТ-лицам не показано [12, 13]. Значения исходного вегетативного тонуса свидетельствовали, что у Х и С достоверно превалировал симпатический (SNS), а у Ф и М – парасимпатический (PSNS) отделы вегетативной нервной системы (ВНС) [13].

Содержание Mg в сыворотке крови определяли по методу Gindler, Heth, Khayam-Bashi посредством использования биохимических реактивов «BIOLABO» (Франция). Калмагит (металлохромный индикатор) образует окрашенное комплексное соединение с магнием в среде основания [5]. Содержание в сыворотке крови общего холестерина (ОХ) определяли ферментными методами с применением фирменных наборов «CentrifChem-600», а содержание холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) определяли после предварительного осаждения суммарной фракции липопротеидов низкой (ЛПНП) и очень низкой (ЛПОНП) плотности на автоанализаторе «Technicon-AAll». Содержание ЛПНП рассчитывали по формуле: $ОХ - ЛПВП - ЛПОНП$, где ЛПОНП = триглицериды/2,181 [7]. Рассчитывали индекс атерогенности (ИА) [8, 9].

Об эффективности эмпирическо-

го варианта АГТ (Э-АГТ) и целенаправленного (Ц-АГТ) на купирование симпатикотонии у Х и С и активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) судили по степени выравнивания содержания Mg и липидов с таковым у ВТ(НТ)-здоровых лиц соответствующего темперамента и доле (%) лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) и острый инфаркт миокарда (ОИМ) в группе пациентов.

Обоснование вариантов АГТ. В начале исследования (1999–2004 гг.) назначение препаратов АГТ было эмпирическим. С 2004 по 2012 г. назначение АГТ проводилось согласно приказу №254 Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22.11.2004 (6 групп препаратов для лечения АГ) [7]. Однако анализ эффективности АГТ показал, что число случаев осложнений в группах с активностью SNS-отдела у ВТ/Х и ВТ/С, получавших β-адреноблокаторы (БАБ) и диуретик (Д), и у ВТ/Ф и ВТ/М с активностью РААС (альдостерон) и PSNS-отдела ВНС, получавших ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ)+Д, оказалось ниже, чем в группах, получавших «эмпирическую» АГТ, при которой препараты и дозы те же, но Х и С принимали иАПФ+Д, а Ф и М – БАБ+Д. Таким образом, в основной группе пациенты ВТ/Х и ВТ/С ввиду SNS-тонии получали БАБ, в 96% случаев – метопролол (ВТ/Х и ВТ/С по 200 мг/сут. (4% – его аналоги), а НТ/Х и НТ/С по 100 мг/сут.) и Д (гидрохлоротиазид): ВТ/Х и ВТ/С по 25 мг/сут., а НТ – по 12,5 мг/сут. У ВТ(НТ)/Ф и ВТ(НТ)/М также основной группы содержание альдостерона было выше, а содержание кортизола ниже, чем у ВТ(НТ)/Х и ВТ(НТ)/С, что было расценено как превалирование РААС (альдостерон) у Ф и М по сравнению с гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системой (кортизол), а у Х и С – наоборот [12, 13]. Это объясняет назначение ВТ/Ф и ВТ/М-пациентам, на фоне PSNS-тонии и превалирования активности РААС (по альдостерону) иАПФ, в 96% случаев – эналаприла по 20 мг/сут. (4% его аналоги) + верошпирана по 100–200 мг/сут. (75%), реже (25%) гидрохлоротиазида по 25 мг/сут., поскольку содержание калия в крови у них было более

низким, чем у X и C. НТ/Ф и НТ/М назначались эналаприл по 10 мг/сут. + гидрохлоротиазид (гипотиазид) по 12,5 мг/сут. Все обследованные получали панангин по 2 таб./сут. и кардиомагнил по 1 таб./сут. Точно такие же пациенты групп сравнения получали тот же список препаратов и в тех же дозах, но X и C принимали иАПФ, а Ф и М – БАБ.

Полученные результаты учитывали через 3, 6, 9, 12 и 18 мес. проведения

АГТ и обрабатывали методами вариационной статистики ($M \pm m$) с использованием стандартного пакета программ «Statistica 6.0» и параметрического t-критерия Стьюдента. Статистически значимыми считали значения при $p < 0,05$. В настоящей работе представлены данные до лечения (0), а также через 12 и 18 мес. АГТ. Исследование выполнено с соблюдением положений Хельсинской декларации по обследо-

ванию и лечению людей и одобрено Комитетом по этике Новосибирского государственного медицинского университета 20.11.2009 г., протокол №18.

Результаты и обсуждение. Нами установлено, что у пациентов до и в ходе АГТ, а также у здоровых лиц содержание Mg в крови достоверно и последовательно снижалось в «темпераментальном» ряду: ВТ(НТ)/X –

Содержание магния, ЛПВП, ОХ, ИА и суммарной фракции ЛПНП+ЛПОНП в крови у больных АГ-II мужчин через 12 и 18 мес. лечения без купирования (1, 2) и с купированием (1а, 2а) превалирования SNS у X и C и РААС (альдостерон) у Ф и М-пациентов за период исследования с 1999 по 2012 гг. ($p < 0,05$)

Месяцы АГТ	Высокотревожные						Низкотревожные					
			до лечения	12	18	здоровые		до лечения	12	18	здоровые	
Магний, ммоль/л	X	1	0,98±0,02	1,02±0,02	1,03±0,02	1,16±0,01 50	2	1,09±0,02	1,27±0,02	1,38±0,02	1,39±0,01 50	
		1а		1,14±0,02	1,18±0,02		2а		1,38±0,01	1,49±0,02		
	C	1	0,89±0,02	0,96±0,02	0,98±0,01	1,04±0,03 51	2	1,00±0,02	1,18±0,02	1,27±0,02	1,24±0,01 51	
		1а		1,03±0,02	1,05±0,02		2а		1,29±0,01	1,38±0,02		
	Ф	1	0,8±0,02	0,86±0,02	0,89±0,01	0,92±0,03 60	2	0,97±0,02	1,02±0,02	1,07±0,02	1,08±0,01 60	
		1а		0,94±0,02	0,96±0,02		2а		1,12±0,01	1,18±0,02		
	М	1	0,68±0,02	0,72±0,02	0,74±0,01	0,80±0,03 50	2	0,82±0,02	0,91±0,02	0,96±0,02	0,98±0,01 50	
		1а		0,84±0,02	0,87±0,02		2а		1,03±0,01	1,07±0,02		
ЛПВП, ммоль/л	X	1	1,5±0,002	1,58±0,003	1,65±0,002	1,8±0,003	2	1,80±0,002	1,83±0,002	1,87±0,002	2,0±0,003	
		1а		1,66±0,003	1,76±0,007		2а		1,88±0,003	1,98±0,007		
	C	1	1,3±0,003	1,40±0,005	1,46±0,004	1,5±0,005	2	1,59±0,002	1,64±0,005	1,68±0,004	1,8±0,005	
		1а		1,46±0,003	1,54±0,003		2а		1,69±0,003	1,80±0,003		
	Ф	1	1,2±0,003	1,28±0,005	1,33±0,004	1,4±0,004	2	1,42±0,003	1,45±0,005	1,50±0,004	1,6±0,004	
		1а		1,32±0,003	1,39±0,007		2а		1,52±0,003	1,57±0,007		
	М	1	1,1±0,002	1,17±0,005	1,21±0,004	1,3±0,004	2	1,24±0,002	1,27±0,005	1,31±0,004	1,45±0,004	
		1а		1,20±0,003	1,25±0,007		2а		1,32±0,003	1,37±0,007		
Общий холестерин, ммоль/л	X	1	5,4±0,02	5,30±0,02	5,10±0,02	4,9±0,01 50	2	5,09±0,02	4,89±0,02	4,78±0,02	4,5±0,01 50	
		1а		5,06±0,02	4,87±0,02		2а		4,76±0,01	4,55±0,02		
	C	1	5,8±0,02	5,6±0,02	5,5±0,01	5,2±0,03 51	2	5,29±0,02	5,17±0,02	5,08±0,02	4,8±0,01 51	
		1а		5,3±0,02	5,2±0,02		2а		4,94±0,01	4,69±0,02		
	Ф	1	6,2±0,02	6,08±0,02	5,86±0,01	5,5±0,03 60	2	5,65±0,02	5,48±0,02	5,30±0,02	5,0±0,01 60	
		1а		5,76±0,02	5,49±0,02		2а		5,27±0,01	5,08±0,02		
	М	1	6,7±0,02	6,38±0,02	6,16±0,01	5,9±0,03 50	2	6,09±0,02	5,94±0,02	5,74±0,02	5,4±0,01 50	
		1а		6,08±0,02	5,77±0,02		2а		5,60±0,01	5,38±0,02		
Индекс атерогенности, усл. ед.	X	1	2,57±0,002	2,32 ± 0,02	2,09± 0,03	1,9± 0,002	2	1,83±0,002	1,67±0,02	1,56±0,03	1,2±0,03	
		1а		2,05 ± 0,03	1,78 ± 0,02		2а		1,53±0,03	1,27±0,02		
	C	1	3,26±0,002	3,0 ± 0,02	2,75± 0,03	2,4± 0,002	2	2,33±0,002	2,15±0,02	2,05±0,03	1,6±0,02	
		1а		2,68 ± 0,03	2,37 ± 0,02		2а		1,92±0,03	1,63±0,02		
	Ф	1	3,92±0,001	3,75 ± 0,02	3,41 ± 0,01	2,9± 0,001	2	3,00±0,001	2,79±0,02	2,53±0,01	2,2±0,01	
		1а		3,36 ± 0,03	2,95 ± 0,02		2а		2,47±0,03	2,24±0,02		
	М	1	4,83±0,001	4,45 ± 0,02	4,09 ± 0,01	3,7± 0,001	2	3,91±0,001	3,68±0,02	3,39±0,01	2,9±0,01	
		1а		4,06 ± 0,03	3,62 ± 0,02		2а		3,24±0,03	2,91±0,02		
Суммарная фракция ЛПНП+ЛПОНП, ммоль/л	X	1	3,91±0,001	3,67±0,01	3,44±0,02	3,2±0,01	2	3,29± 0,001	3,07±0,02	2,92±0,03	2,5±0,01	
		1а		3,40±0,01	3,19±0,01		2а		2,88±0,03	2,57±0,04		
	C	1	4,43± 0,001	4,18±0,01	4,04±0,01	3,7±0,01	2	3,70± 0,001	3,53±0,02	3,40±0,02	2,9±0,01	
		1а		3,91±0,01	3,64±0,01		2а		3,25±0,03	2,92±0,07		
	Ф	1	4,90± 0,001	4,81±0,01	4,53±0,02	4,1±0,01	2	4,23± 0,001	4,03±0,02	3,82±0,01	3,5± 0,001	
		1а		4,44±0,04	4,10±0,02		2а		3,75±0,02	3,55±0,06		
	М	1	5,52± 0,001	5,22±0,03	5,15±0,01	4,6±0,01	2	4,85± 0,001	4,67±0,03	4,45±0,03	3,9±0,01	
		1а		4,88±0,05	4,63±0,02		2а		4,27±0,02	4,03±0,06		

Примечание. До лечения содержание магния, ЛПВП, ОХ и ИА у 1 и 1а (2 и 2а) одинаковые. В знаменателе указано число обследований.

С – Ф – М. У пациентов с ВТ содержание Mg оказалось достоверно ниже, чем у таковых с НТ, а у ВТ(НТ)-пациентов ниже, чем у здоровых ВТ(НТ)-лиц соответствующего темперамента (таблица). При этом у ВТ/Ф и ВТ/М самое низкое содержание Mg в крови отмечалось до лечения и только у них обнаружена депрессивность лёгкой степени невrogenного характера [12, 13].

Содержание ЛПВП до и в ходе лечения достоверно снижалось в той же последовательности, что и содержание магния: $X > C > \Phi > M$. Напротив, содержание ОХ, суммарной фракции ЛПНП+ЛПОНП в крови и величина ИА в этом же ряду достоверно увеличивались: $M > \Phi > C > X$ (таблица). Полученные данные убеждают в том, что со снижением содержания инсулина и альдостерона в ряду $M > \Phi > C > X$ сочетается снижение содержания липидов атерогенных фракций и величина ИА.

Выявленные различия могут свидетельствовать о возможности более высокого риска развития атеросклероза у гипертоников ВТ/Ф и ВТ/М. Несмотря на проводимую АГТ, самая высокая доля больных, перенесших осложнения АГ в виде ОНМК и ОИМ, оказалась именно в группе ВТ/Ф и ВТ/М. С одной стороны, такие различия свидетельствуют о специфике проявления осложнений в зависимости от преобладающего темперамента, а с другой, вероятно, могут говорить в пользу сочетания ГБ и атеросклероза преимущественно у Ф и М, особенно – у ВТ. При этом locus minoris resistentio оказываются чаще не церебральные, а коронарные сосуды. У НТ-пациентов, с учетом более низкого содержания липидов атерогенных фракций и менее острой эмоциональной реакции на средовые факторы, соотношение ОНМК/ОИМ оказалось ниже, чем у ВТ-пациентов соответствующего темперамента, что убеждает в необходимости учёта высокой и низкой тревожности и купирования высокой тревожности в целях профилактики возможных осложнений.

Подводя итог, следует отметить, что самое низкое содержание Mg и ЛПВП в крови в сочетании с самым высоким (из всех обследованных лиц) содержанием ОХ, ЛПНП+ЛПОНП в этой же среде оказалось у Ф и М-пациентов, особенно – у ВТ/Ф и ВТ/М. И это несмотря на то, что все пациенты получали кардиомагнил в вышеуказанной дозе. В свою очередь, вероятно, необходимо назначать препараты магния в более высоких терапевтических дозах,

применяя магнерот, указанный в [15], или его аналоги.

Эффективность вариантов АГТ. Как показало наше исследование, в отличие от эмпирического варианта АГТ, лечение по варианту Ц-АГТ через 18 мес. достоверно приблизило содержание Mg, ОХ, суммарной фракции ЛПНП+ЛПОНП и ЛПВП к таковому у здоровых ВТ(НТ)-лиц соответствующего темперамента (таблица). Это было бы менее заметно, если бы не достоверно более низкая доля лиц с ОНМК и ОИМ в группах ВТ(НТ)-темпераментов, принимавших вариант Ц-АГТ. Соотношение доли лиц с ОИМ с долей лиц с ОНМК в группах показало наличие трехкратного превалирования ОИМ над ОНМК в группах ВТ/Ф и ВТ/М. Кроме того, уровень значений изучаемых показателей и ИА, полученный через год лечения по варианту Ц-АГТ, был достигнут при лечении по варианту Э-АГТ у пациентов групп сравнения лишь через 18 мес. (таблица). То есть посредством варианта Ц-АГТ на 6 мес. раньше удалось снизить риск развития осложнений.

Заключение.

1. По содержанию Mg и липидов атерогенных фракций (ОХ, суммарная фракция ЛПНП+ЛПОНП), а также по доле лиц с осложнениями в условиях АГТ, связанной и, тем более, не связанной с коррекцией особенностей психосоматического статуса, ВТ/Ф и ВТ/М-пациенты относятся к лицам высокого риска развития осложнений АГ. По сравнению с ВТ у НТ-пациентов значения изучаемых показателей более предпочтительны, что говорит о необходимости купирования высокой тревожности.

2. В отличие от X и C высокое содержание липидов атерогенных фракций у ВТ/Ф и М сочетается не только с самым высоким уровнем осложнений, но и трехкратным превалированием ОИМ над ОНМК (как 3/1).

3. По сравнению с АГТ без купирования особенностей ПСС эффект лечения, основанного на купировании особенностей темперамента (активности SNS-отдела ВНС у X и C и РААС по альдостерону – у Ф и М) проявился на 6 мес. раньше, а значения изучаемых показателей оказались существенно ближе к характерным для здоровых лиц соответствующих темперамента и тревожности.

Литература

1. Антидепрессанты коаксил и золофт в комплексном лечении больных артериальной гипертензией с расстройствами аффективного

спектра / В.Н. Краснов, Ю.А. Васюк, Е.А. Нестерова [и др.] // Российский медицинский журнал. – 2004. – № 1. – С. 15 – 18.

Antidepressants coxial and zolofit in treatment of patients with arterial hypertension with disorders of the affective spectrum / V.N. Krasnov, Yu.A. Vasyuk, E.A. Nesterova, G.V. [et al.] // Russian medical journal. – 2004. – № 1. – P. 15 – 1.

2. Ахметжанов Э.Р. Шкала депрессии. Психологические тесты / Э.Р. Ахметжанов. – М.: Лист, 1996. – 320 с.

Akhmetzhanov Je.R. Depression Scale. Psychological tests / Je.R. Akhmetzhanov. – M.: List, 1996. – 320 p.

3. Гогин Е.Е. Выбор тактики лечения больных гипертонической болезнью: его индивидуализация и критерии / Е.Е. Гогин // Терапевтический архив. – 2010. – № 12. – С. 5 – 10.

Gogin E.E. Choice of tactics of treatment of patients with essential hypertension: its individualization and criteria / E.E. Gogin // Therapeutic archive. – 2010. – № 12. – P. 5 – 10.

4. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза: клинические рекомендации // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – № 6. – Приложение 3.

Diagnosis and correction of lipid metabolism disorders prevention and treatment of atherosclerosis. Clinical recommendations // Cardiovascular therapy and prevention. – 2009. – № 6. – Suppl. 3.

5. Кишкун А.А. Руководство по лабораторным методам диагностики / А.А. Кишкун. – М.: ГЭОТАР, 2007. – 800 с.

Kishkun A.A. Manual of laboratory methods for diagnosis / A.A. Kishkun. – M.: GEOTAR, 2007. – 800 P.

6. Ощепкова Е.В. Смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации в 2001–2006 гг. и пути по ее снижению / Е.В. Ощепкова // Кардиология. – 2009. – № 2. – С. 67 – 73.

Oschepkova E.V. Mortality from cardiovascular diseases in the Russian Federation in 2001 – 2006 and ways for its reduction / E.V. oschepkova // Cardiology. – 2009. – № 2. – P. 67 – 73.

7. Приказ № 254 Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22.11.2004 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным артериальной гипертензией».

Order № 254 of the Ministry of health and social development of the Russian Federation dated 22.11.2004 «On approval of the standard of care for patients with arterial hypertension».

8. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии: Российские рекомендации (второй пересмотр). – М., 2004.

Prevention, diagnosis and treatment of arterial hypertension: Russian recommendations (second revision). – M., 2004.

9. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии: Российские рекомендации (третий пересмотр) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – № 7. – Приложение 2. – С. 5 – 16.

Prevention, diagnosis and treatment of arterial hypertension: Russian recommendations (third revision) // Cardiovascular therapy and prevention.. – 2008. – № 7. – Suppl. 2. – P. 5 – 16.

10. Столяренко Л.Д. Опросник Айзенка по определению темперамента. Основы психологии / Л.Д. Столяренко. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1997. – 736 с.

Stolyarenko L.D. Eysenck on the definition of temperament. *Fundamentals of psychology* / L.D. Stolyarenko. – Rostov-on-don: Phoenix, 1997. – 736 p.

11. Сумин А.Н. Поведенческий тип личности «Д» (дистрессорный) при сердечно-сосудистых заболеваниях / А.Н. Сумин // Кардиология. – 2010. – № 10. – С. 66 – 73.

Sumin A.N. Behavioral personality type «D» (distressing) in cardiovascular diseases / A.N. Sumin // *Cardiology*. – 2010. – № 10. – P. 66 – 73.

12. Усенко Г.А. Особенности липидного обмена и осложнений артериальной гипертензии в зависимости от психосоматического статуса пациента и варианта лечения / Г.А. Усенко, Д.В. Васендин, А.Г. Усенко // Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. – 2016. – Т. 102. – №6. – С. 742 – 751.

Usenko G.A. Peculiarities of lipid metabolism and complications of arterial hypertension depending on the psychosomatic status of the patient and the treatment / G.A. Usenko, D.V. Vasendin, A.G. Usenko // *Russian Journal of Physiology (formerly I.M. Sechenov Physiological Journal)*. – 2016. – Vol. 102. – № 6. – P. 742 – 751.

13. Усенко Г.А. Особенности утилизации кислорода организмом больных артериальной гипертензией в дни магнитных бурь в зависимости от психосоматического статуса и варианта лечения / Г.А. Усенко, А.Г. Усенко, Д.В. Васендин // Там же. – 2015. – №1. – Т. 101. – С. 123 – 133.

Usenko G.A. Features of oxygen utilization by the body of patients with hypertension in the days of magnetic storms depending on psychosomatic

status and treatment / G.A. Usenko, A.G. Usenko, D.V. Vasendin // *Jbid.* – 2015. – Vol. 101. – № 1. – P. 123 – 133.

14. Ханин Ю.Л. Исследование тревоги в спорте / Ю.Л. Ханин // Вопросы психологии. – 1978. – № 6. – С. 94 – 106.

Hanin Yu.L. Study of anxiety in sport / Yu.L. Hanin // *Questions of psychology*. – 1978. – № 6. – P. 94 – 106.

15. Шишкова В.Н. Взаимосвязь развития сердечно-сосудистых заболеваний и метаболических нарушений, обусловленных дефицитом магния / В.Н. Шишкова // Кардиология. – 2012. – № 3. – С. 86 – 90.

Shishkova V.N. The relationship of cardiovascular disease and metabolic disorders caused by deficiency of magnesium / V.N. Shishkova // *Cardiology*. – 2012. – № 3. – P. 86 – 90.

В.Е. Радзинский, С.И. Арабаджян, И.М. Ордянец,
О.К. Молчанова

ИНТРАНАТАЛЬНЫЙ РИСК И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ПОСЛЕ АБДОМИ- НАЛЬНЫХ РОДОВ РОЖЕНИЦ С ПОЛНЫМ РАСКРЫТИЕМ МАТОЧНОГО ЗЕВА

УДК 618.5-089.888.61

Определено пороговое значение интранатального прироста, необходимое для изменения тактики ведения родов. Критическое значение интранатального прироста при абдоминальном родоразрешении рожениц с полным раскрытием маточного зева составляет 82%. При этом 41,7% новорожденных от матерей с интранатальным приростом 82% и более нуждаются в интенсивной терапии и реанимационных мероприятиях.

Ключевые слова: беременность, перинатальные факторы риска, абдоминальное родоразрешение,

We determined the threshold level of intranatal augmentation requiring changing labor management. The critical level of intranatal augmentation after abdominal delivery in full cervical dilatation is 82%. 41.7% of newborns with intranatal augmentation 82% and more need intensive care and resuscitation.

Keywords: pregnancy, perinatal risk factors, abdominal delivery.

К концу XX в. в акушерской практике произошло окончательное формирование стратегии перинатального риска, направленной на сохранение жизни и здоровья плода и новорожденного. Она была создана на основе изучения факторов, влияющих на уровень перинатальной заболеваемости и смертности, и планирования мероприятий по улучшению исходов беременности и родов [1, 4].

Как показывают многочисленные исследования, в основе многих родов, имевших неблагоприятные исходы как для матери, так и для плода, лежит недооценка или вообще игнорирование интранатальных факторов риска (па-

тологический прелиминарный период, меконияльные воды, аномалии родовой деятельности и т.п.) [3, 5].

Однако новые введенные в шкалу факторы и факторы интранатального прироста привели к увеличению суммы баллов риска. Динамическое нарастание суммы во время беременности и родов требовало определения каких-либо пороговых значений для принятия клинических решений в изменении тактики ведения беременности и родов. Убедившись в недостаточной эффективности современных электронных методов оценки состояния плода, EAGO (2010) рекомендовали внедрение стратегии перинатального риска для улучшения перинатальных показателей. Недоучет степени риска, а главное – его интранатального компонента [2], может стать одной из причин нарушенного состояния плода и новорожденного.

Цель исследования: установить основные нарушения здоровья плодов и новорожденных, извлеченных путем кесарева сечения при полном раскрытии маточного зева.

Материалы и методы исследования. Объектом статистического исследования на различных его этапах явились 72 женщины, родившие ребенка путем операции кесарева сечения при полном раскрытии маточного зева.

Принципом формирования исследуемой группы явилась набранная сумма баллов пренатальных факторов риска. Для оценки факторов риска в родах была использована таблица балльной оценки интранатальных факторов риска, разработанная на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов [2].

Интранатальный прирост – это отношение суммы интранатальных факторов риска в баллах к имеющимся антенатальным факторам (в баллах), выраженное в процентах.

Пример: на момент родов женщина со средней степенью перинатального риска имеет 18 баллов, сумма баллов интранатальных факторов составила 14:

$$14 \times 100$$

$$\text{ИП} = \frac{14 \times 100}{18} = 77,8\%.$$

РУДН: РАДЗИНСКИЙ Виктор Евсеевич – д.м.н., проф., зав. кафедрой, radzinsky@mail.ru, ОРДИАНЦ Ирина Михайловна – д.м.н., проф., ordiyantc@mail.ru, МОЛЧАНОВА Ольга Константиновна – студентка 5 курса, olgamolchanova1994@yandex.ru; АРАБАДЖЯН Сергей Игоревич – зав. отд. Клинического госпиталя «Лапино» ООО «ХАВЕН», arabadzhyan@mail.ru.