

по сравнению с аналогичными показателями в группе сравнения ($47,12 \pm 3,21$ и $39,5 \pm 1,5\%$, соответственно), в то время как у подростков пришлое населения Якутии определено статистически достоверное снижение лимфоцитов ($p < 0,01$).

В результате исследований были выявлены следующие особенности фенотипической характеристики лимфоцитов периферической крови. Снижение процентного содержания $CD3^+/CD45^+$ -лимфоцитов у подростков коренной национальности происходило в основном за счет лимфоцитов, экспрессирующих $CD4$, количество которых достоверно отличалось от данного показателя у подростков г.Хабаровска ($41,0 \pm 1,13$ и $29,82 \pm 1,55\%$ соответственно). У подростков пришлое населения наблюдалось более выраженное снижение лимфоцитов с $CD3^+$ -фенотипом (в 1,8 раза) относительно группы сравнения, причем снижение происходило в большей степени по фенотипу, характеризующему $CD3^+/CD4^+/CD45^+$ -субпопуляцию. Изменение количества регуляторных лимфоцитов, как с хелперно-индукторными свойствами, так и с супрессорно-цитотоксической активностью, не могло не отразиться на индексе соотношения этих субпопуляций. В результате этого иммунорегуляторный индекс был снижен в обеих группах подростков коренного и пришлое населения Республики Саха (Якутия)

с высокой степенью достоверности ($p < 0,01$ и $p < 0,001$).

Относительное и абсолютное содержание В-лимфоцитов у подростков коренного населения достоверно не отличалось от аналогичного показателя в группе сравнения, а у пришлое населения было снижено в 1,6 раза. Количество натуральных киллеров, характеризующихся экспрессией $CD(16+56)/CD45^+$, было снижено у подростков как коренного, так и пришлое населения, и составляло $4,20 \pm 0,73$ и $4,32 \pm 1,01\%$ (в группе сравнения: $14,5 \pm 1,02\%$). Аналогичная ситуация наблюдалась и в отношении популяции лимфоцитов с фенотипом $CD3^+/HLA-DR^+$: у подростков коренного и пришлое населения $11,69 \pm 1,41$ и $10,61 \pm 2,19\%$ соответственно, в группе сравнения – $17,2 \pm 1,13\%$.

Таким образом, у подростков Якутии почти все показатели, характеризующие клеточное звено иммунитета, достоверно снижены по сравнению с аналогичными показателями подростков Хабаровского края. Выявленные региональные особенности иммунного статуса подростков Республики Саха (Якутия) расцениваются как адаптивные, направленные на компенсацию неблагоприятных воздействий климатогеографических, техногенных и психоэмоциональных факторов окружающей среды. Более выраженные особенности клеточного иммунитета у подростков пришлое населения

Якутии свидетельствуют об угнетении иммунной реактивности и снижении резервных возможностей развития адаптационных механизмов в своеобразных региональных условиях, что может являться патогенетически значимым фоном для формирования иммунообусловленных заболеваний.

Литература

1. Казначеев В.П. Современные аспекты адаптации / В.П.Казначеев.- Новосибирск: Наука, 1980. – 192 с.
2. Kазначеев В.П. Modern aspects of adaptation / V.P.Kазначеев.- Novosibirsk: Nauka, 1980. – 192 p.
3. Процессы активации в Т-системе иммунитета у жителей различных регионов страны / Е.Л. Гельфгат, В.И.Коненков, А.В. Коненков и др. // Иммунология.-1990. – № 2. – С. 57–60.
4. Activating processes in the immune T-system among the citizens of country different regions / E.L.Gelfgat, V.I.Konenkov, A.V.Konenkov [et al.] // Immunology. -1990. №2. P. 57–60.
5. Смирнов В.С. Иммунодефицитные состояния / В.С.Смирнов, И.С.Фрейдлин.- СПб: «Фолиант», 2000.- 568с.
6. Smirnov V.S. Immune deficiency states / V.S. Smirnov, I.S. Freidlin.- SPb: "Foliant", 2000. -568p.
7. Стефани Д.В. Клиническая иммунология и иммунопатология детского возраста / Д.В.Стефани, Ю.Е.Вельтишев.- М.: Медицина, 1996.- 384с.
8. Stefani D.V. Clinical immunology and children's immunopathology / D.V.Stefani, Y.E.Veltishev.- M.: Medicina, 1996.- 384 p.
9. Хайтов Р.М. Экологическая иммунология / Р.М.Хайтов, Б.В.Пинегин, Х.И.Истамов.- М.: Изд-во ВНИРО, 1995.- 219с.
10. Haitov R.M. Ecological immunology / R.M.Haitov, B.V.Pinegin, H.I.Istamov.- M.: Ed. VNIRO, 1995.- 215p.

Г.И. Софронова, А.Б. Пальчик

ОСОБЕННОСТИ МАНИФЕСТАЦИИ ФЕТАЛЬНОГО АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

УДК 616-056.716(571.56)

Детально обследованы дети с фетальным алкогольным синдромом (ФАС) в возрасте от 0 мес. до 7 лет. По отдельным улусам РС (Я) выявление ФАС колебалось от 0,88 до 2,10:1000, нарушений фетального алкогольного спектра - от 0 до 4,86:1000. Отмечены особенности дисморфических и структурных церебральных нарушений в зависимости от этнической принадлежности ребенка. Уменьшение длины глазной щели может послужить ранним маркером формирования задержки психомоторного развития.

Ключевые слова: фетальный алкогольный синдром, этнические особенности.

Children with FAS from Republic Sakha Yakutia were detailed by means of 4-digit Diagnostic Code, routine and age-dependent developmental neurological assessment, brain ultrasonography, magnetic resonance imaging (MRI). The FAS rate varies from 0,88 to 2,10 per1000 live births. Peculiarities of dysmorphic and structural cerebral abnormalities depending on ethnicity of the child are identified. Decrease of palpebral fissure length could be an early indicator of mental retardation

Keywords: fetal alcohol syndrome, ethnic features, epidemiology.

СОФРОНОВА Гульнара Ивановна – врач-невролог Педиатрического Центра РБ №1-НЦМ МЗ РС (Я), gulfara-ykt@yandex.ru. **ПАЛЬЧИК Александр Бейнулович** – д.м.н., проф., врач-невролог, зав кафедрой СПбГМА, xander 57@mail.ru.

Токсические поражения нервной системы плода, новорожденного и младенца занимают важное место в структуре перинатальных поражений нервной системы [6]. Среди много-

образия токсических энцефалопатий новорожденных по своей распространенности и социальной значимости особую роль играет алкогольное поражение нервной системы плода.

Фетальный алкогольный синдром (ФАС) является драматическим примером этно-социальных особенностей в эпидемиологии заболеваний. Известно, что средняя распространенность ФАС в большинстве стран составляет от 0,2 до 2,0 на 1000 живорожденных. Однако в семьях низкого социального уровня этот показатель достигает от 3,0 до 5,0 на 1000 живорожденных; в семьях американских индейцев 8,5 на 1000 живорожденных [9]. Собственные исследования в медицинских учреждениях и органах социальной опеки Санкт-Петербурга показали, что в родильном доме обсервационного типа в течение 2003–2011 гг. ФАС диагностирован с частотой от 0,79 до 3,62%; в неонатологическом стационаре от 0,29 до 3,5%; в специализированном Доме ребенка от 4,6 до 8,9% [4].

Наличие этнических, религиозных и региональных особенностей выявления ФАС служит основанием для его изучения в ареалах с неоднородным этносом. Республика Саха (Якутия) может быть примером подобного региона, имеющего социально-психологические различия в отдельных субпопуляциях, в частности затронувшие и особенности потребления алкоголя.

Цель исследования – изучение заболеваемости, клинических проявлений фетального алкогольного синдрома у детей Республики Саха (Якутия) с учетом их этнической принадлежности.

Материал и методы. Настоящее исследование проведено в 3 медицинских учреждениях и 12 улусах РС(Я). Исследование осуществлено посредством выявления изучаемых состояний в регионах и учреждениях в соответствии с указанными ниже критериями.

В клиническую часть исследования были включены 58 детей, страдавших документированным ФАС, которые были разделены на три группы в соответствии с этнической принадлежностью: I – 26 детей европеоидов (16 мальчиков и 10 девочек), II – 19 детей саха (11 и 8), III – 13 детей коренных народов Севера: эвенов, эвенков (4 и 9 соответственно).

При отборе пациентов с ФАС использовались следующие критерии: возраст детей до 7 лет, соответствие клинических проявлений заболевания диагностическим критериям ФАС по 4-балльной кодовой системе Университета штата Вашингтон [8], согласие законного представителя ребенка на участие в исследовании.

Диагностическое обследование

включало в себя сбор анамнеза (употребление алкоголя матерью во время беременности), оценку диагностических критериев по 4-балльной кодовой системе Университета штата Вашингтон (документирование дефицита роста и веса, основных трех лицевых дисморфий (сглаженность носогубного желобка, тонкая кайма верхней губы и короткая глазная щель), отклонений со стороны центральной нервной системы на основании структурных, неврологических и функциональных изменений у ребенка). Физическое развитие детей – вес, рост, окружность головы, оценивали с помощью методических рекомендаций «Стандарты индивидуальной оценки физического развития детей в возрасте от рождения до семи лет Республики Саха (Якутия)» [3]. Все дети были обследованы с помощью рутинного неврологического осмотра по общепринятой схеме [7]). Для характеристики психомоторного развития детей использовали Денверский скрининг-тест развития [5], а также шкалу Л.Т. Журба и соавторов [2]. Морфологический субстрат заболевания уточняли с помощью краниальной ультрасонографии [1] и магнитно-резонансной томографии.

Полученные результаты обработаны в статических программах Statistica for Windows 7.0.

Результаты и обсуждение. Статистическая обработка полученных данных выявила следующие закономерности.

Выявляемость ФАС и НФАС была достоверно выше в районах с компактным проживанием коренного населения (табл. 1), чем в районах с преимущественным проживанием саха ($\chi^2 = 4,80$; $p = 0,029$; $\chi^2 = 5,00$; $p = 0,025$ соответственно). Корреляции между

употреблением беременной алкоголя и случаями ФАС в улусах не выявлено ($r = 0,559$; $p = 0,093$). Младенцы – европеоиды достоверно часто находились в Домах ребенка, чем дети саха ($\chi^2 = 4,07$; $p = 0,044$) и дети коренных народностей ($\chi^2 = 9,49$; $p = 0,002$). Среди коренных народностей достоверно чаще ФАС страдали девочки, чем среди детей славянского происхождения ($\chi^2 = 3,96$; $p = 0,047$). Младенцы коренных народностей с ФАС родились в малых сроках гестации чаще, чем дети саха ($\chi^2 = 4,54$; $p = 0,033$). Дети саха имели малый вес и рост при рождении по сравнению с детьми – европеоидами ($\chi^2 = 4,35$ – $5,90$; $p = 0,037$ – $0,015$). (табл.2). Данные, полученные при клинической оценке (табл. 3) и нейровизуализации, показывают: дети-европеоиды достоверно чаще имеют микрогнатию, птоз и вентрикулодилатацию, чем дети саха ($\chi^2 = 5,11$ – $5,97$; $d = 0,024$ – $0,015$); снижение мышечной силы, врожденные пороки сердца, атрофии зрительного нерва, расширение субарахноидальных пространств достоверно часто встречались у детей-саха, чем в других группах ($\chi^2 = 11,55$ – $4,10$; $d = 0,0007$ – $0,043$); дети коренных народностей демонстрировали лучшее выполнение социальной дезадаптации, чем дети-европеоиды ($\chi^2 = 10,26$ – $4,10$; $d = 0,0014$).

Корреляционный анализ по Spearman показал, что характер и количество потребления алкоголя во время беременности связаны с массой и ростом ребенка на момент обследования, выраженностью сглаженности носогубного желобка и микрогнатией ($r = 0,28$ – $0,33$; $p = 0,012$ – $0,033$). Получены очевидные взаимосвязи пола ребенка с окружностью головы при рождении (снижение центильной оценки окруж-

Таблица 1

Выявляемость фетального алкогольного синдрома (ФАС) и нарушений фетального алкогольного спектра (НФАС) в детских домах и улусах РС(Я)

Улус/учреждение	Общее кол-во детей в возрасте 0–7 лет	ФАС, абс.число (%)	НФАС, абс.число (%)
Дом ребенка г. Якутск	150	23 (15,3)	5 (3,3)
Дом ребенка г. Алдан	50	10 (20)	5 (10)
с. Аллайыаха	412	1 (0,24)	2 (0,48)
с. Ытык-Куол	880	1 (0,11)	1 (0,11)
с. Хандыга	1585	1 (0,06)	1 (0,06)
с. Верхневилуйск	1135	1 (0,08)	4 (0,35)
п. Тикси	952	2 (0,2)	4 (0,42)
п. Чагда Алданский улус	11	-	-
с. Кутана Алданский улус	65	-	-
С. Покровск	1600	3 (0,18)	2 (0,12)
п. Иенгра	115	1 (0,87)	-
п. Хонуу	646	1 (0,15)	-
с. Майя	1747	1 (0,05)	-
Педиатрич. центр г.Якутск	2800	13 (0,46)	4 (0,14)

Таблица 2

Общая характеристика обследованных групп детей

Показатель	Группа детей								
	I			II			III		
	M	Me	Min-Max	M	Me	Min-Max	M	Me	Min-Max
Возраст, мес	104,7	104,0	101–110	107,4	108,0	101–114	107,9	109,0	102–115
Срок гестации, мес	35,8	37,0	27–40	37,2	38,0	28–41	35,9	36,0	30–40
Масса тела при рождении, г	2136	2060	900–3450	2140	2188	1120–2990	2099	2220	1350–2560
Длина тела при рождении, см	44,4	44,5	33,0–52,0	43,8	43,5	34,0–50,0	44,6	45,0	38,0–49,0
Фактическая масса, г	10518	9750	3600–19000	8125	7785	3000–18500	8527	8240	4200–14000
Фактический рост, см	84,8	85,0	52–108	70,1	71,0	56–112	75,5	69,0	56–108

Таблица 3

Лицевые отклонения, имеющие решающее значение в диагностике ФАС

Показатель	Группа детей								
	I			II			III		
Основные	M	Me	Min-Max	M	Me	Min-Max	M	Me	Min-Max
Окружность головы, центили	4,4	3,0	3–10	6,4	3,0	3–25	3,5	3,0	3–10
Глазная щель, мм	18,8	19,0	15–22	15,6	16,0	14–25	16,7	16,5	12–20
Носогубный желобок, балл	4,3	4,0	3–5	4,4	4,0	4–5	4,3	4,0	3–5
Верхняя губа, балл	4,2	4,0	3–5	4,0	4,0	3–5	4,1	4,0	3–5
Дополнительные	Европеоиды			Саха			Эвен/эвенк		
Плоская переносица, абс. число	16			17			11		
Низкий лоб, -»-	5			7			4		
Микрогнатия, -»-	10			3			2		
Эпикант, -»-	12			10			7		
Птоз, -»-	9			5			4		
Короткий нос, -»-	6			9			5		
Низкое стояние ушей, -»-	9			4			4		

ности головы у девочек: $r = -0,31$; $p = 0,02$), возраста ребенка с длиной глазной щели ($r = 0,7$; $p = 0,0000001$). Отмечено, что с возрастом ребенка более выражены признаки социальной дезадаптации ($r = -0,41$; $p = 0,007$).

Нарушения тонкой моторики, снижение слуха отмечено чаще у детей сирот, проживавших в Домах ребенка ($r = 0,31$; $p = 0,04$), у детей необследованных во время беременности матерей был ниже уровень социальной адаптации ($r = 0,44$; $p = 0,02$).

Антропометрические данные на момент обследования (снижение массы, длина тела, окружность головы) ассоциированы с дисморфическими показателями (плоская переносица, короткий нос, низкий лоб), пороками развития опорно-двигательного аппарата и сердца ($r = 0,28–0,34$; $p = 0,01–0,37$). Помимо этого снижение указанных антропометрических показателей коррелировало с развитием неврологической симптоматики (снижением мышечной силы, возникновением нистагма и нарушением походки) ($r = 0,33–0,44$; $p = 0,004–0,04$), возникновением социальной дезадаптации, расстройствами речи, нарушениями тонкой и крупной моторики, снижением уровня внимания ($r = 0,33–0,44$; $p = 0,004–0,04$).

Отмечена высокая корреляционная

связь между снижением длины глазной щели и выраженностью задержки психического развития ($r = 0,64$; $p = 0,001$). Также отмечена отрицательная связь между сглаженностью носогубного желобка и задержкой психического развития ($r = -0,48$; $p = 0,027$).

Выявлен ряд значимых корреляций между дисморфическими признаками и структурными церебральными нарушениями по данным МРТ: эпикантом и расширением боковых щелей, сглаженностью носогубного желобка и вентрикулодилатацией, истончением верхней губы и пахирии, низким лбом и дилатацией субарахноидальных пространств ($r = 0,35–0,4$; $p = 0,02–0,03$).

Изучение результатов нейровизуализации показывает, что выраженность гиперэхогенности на нейросонографии в период новорожденности коррелирует с тяжестью речевых нарушений на момент обследования ($r = 0,68$; $p = 0,0008$), расширение боковых щелей – с формированием импульсивности ($r = 0,54$; $p = 0,02$), вентрикулодилатация – с расстройствами слуха ($r = 0,59$; $p = 0,002$), аномалии мозолистого тела – со слуховыми нарушениями и деформациями грудной клетки ($r = 0,39–0,46$; $p = 0,002–0,05$).

Нормальная структурная картина на МРТ связана с нормальным психи-

ческим развитием и формированием тонкой моторики ($r = 0,57–0,70$; $p = 0,01–0,02$), однако положительно коррелирует с пороками неба ($r = 0,44$; $p = 0,006$).

Обсуждение и выводы. Настоящее исследование показало неравномерную выявляемость ФАС и НФАС в различных учреждениях и регионах РС (Я): от 20% ФАС и 10% НФАС в Детском доме г.Алдана до отсутствия регистрации заболевания в отдельных поселениях того же Алданского улуса, что легко объяснимо концентрацией этих детей в специализированных учреждениях.

В целом по отдельным улусам РС(Я) выявление ФАС колебалось от 0,88 до 2,10:1000; НФАС от отсутствия такового до 4,86:1000.

Статистический анализ показал ряд закономерностей, которые типичны для заболеваний, возникших в перинатальный период, поэтому он остается вне настоящего обсуждения.

Среди межгрупповых и, соответственно, межэтнических отличий обращает внимание, что у детей монголоидных групп отмечаются достоверно чаще расширение субарахноидальных и боковых щелей на нейровизуализации, чем у детей I группы. Данный факт неоднозначен для интерпретации, поскольку может быть следствием не столько особенностей течения ФАС, сколько предметом изучения антропологических особенностей этнических популяций.

Обращает внимание связь гестационного возраста и антропометрических показателей при рождении с признаками типичных для ФАС лицевых дисморфий как первого ряда: (сглаженность носогубного желобка), так и дополнительного ряда (уплощение переносицы). С другой стороны, текущие антропометрические параметры коррелируют с выраженностью и многообразием дисморфий и пороков развития различных систем. Снижение антропометрических показателей и выраженность дисморфий достовер-

но взаимосвязаны с выраженностью неврологической симптоматики, расстройствами речи, внимания и социальной адаптации.

Необходимо подчеркнуть заметную связь некоторых лицевых дисморфий (короткой глазной щели, короткого носа, сглаженности носогубного желобка) с формированием задержки психического развития, с нарушениями крупной моторики и слуха.

Закономерным явлением послужили множественные взаимосвязи между структурными нарушениями мозга по данным нейровизуализации, лицевыми дисморфиями, неврологической картиной заболевания и признаками социальной дезадаптации.

Хорошая корреляционная связь отмечена между нарушениями тонкой моторики и слуха у детей, находившихся в учреждениях социальной опеки, а также низким уровнем социальной адаптации детей с фактом отсутствия обследования матерей во время беременности.

Таким образом на основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы.

1. ФАС и НФАС у детей РС(Я) имеют своеобразие в выявлении в зависимости от учреждения, этнических особенностей мест, в которых проведены исследования.

2. Выявляемость ФАС и НФАС достоверно выше среди детей коренного населения.

3. Отмечены особенности дисморфических и структурных церебральных нарушений в зависимости от этнической принадлежности ребенка.

4. Выявлены многочисленные взаимосвязи между антропометрическими, дисморфическими, структурными церебральными параметрами и характером клинической неврологической картины заболевания. В частности, уменьшение длины глазной щели может послужить ранним маркером формирования задержки психомоторного развития.

5. Для более глубокого анализа представленной проблемы необходимо более тщательное изучение ФАС и НФАС в регионах РС(Я) с использованием стандартных методов диагностики ФАС, методов нейровизуализации, а также разработки этнических возрастных норм морфологии лица и головного мозга у детей.

Литература

1. Ватолин К.В. Ультразвуковая диагностика заболеваний головного мозга у детей / К.В.Ватолин. – М., 1995–118 с.

Vatolin K.V. The ultrasonic diagnostics of brain diseases in children / K.V.Vatolin. – M., 1995–118 с.

2. Журба Л.Т. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни / Л.Т.Журба, Е.А.Мастюкова. – М., Медицина – 1981–271 с.

Gurba L.T. The psycho-neurological disorders of the 1 year old children / L.T.Gurba, E.A.Mastukova. – M.: Medicina. – 1981. – 271 p.

3. Захарова Н.М. Стандарты индивидуальной оценки физического развития детей в возрасте от рождения до семи лет Республики Саха (Якутия): методические указания / Н.М.Захарова, М.В.Ханды, Я.А.Мунхалова. – Якутск, 2003. – С. 72.

Zacarova N.M. The standards examination of the anthropometrics date of the children aged from 40 postmenstrual weeks to 7 years living in Republic Sakha (Yakutia): methodological recommendation / N. M. Zacarova, M.V. Khandy, Y.A.Munchalova. – Yakutsk, 2003. – 72 P.

4. Легонькова С.В. Нейрофизиологическая характеристика фетального алкогольного синдрома / С.В.Легонькова, А.Б.Пальчик // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011 – Т.1 (2) – С. 95–99.

Legonkova S.V. The neurophysiological characteristic of fetal alcohol syndrome / S.V.Legonkova, A.B.Palchik // The preventive and clinical medicine. – 2011 – T.1 (2) – P.95–99.

5. Пальчик А.Б. Введение в неврологию развития / А.Б.Пальчик. – СПб., Коста, – 2007.

Palchik A.B. The introduction in Developmental Neurology / A.B.Palchik – SPb.: Kosta, – 2007.

6. Пальчик А.Б. Токсические энцефалопатии новорожденных / А.Б.Пальчик, Н.П. Шабалов. – М.: МЕДпрессинформ, 2012. – 156 с.

Palchik A.B. The newborn toxic encephalopathy / A.B.Palchik, N.P.Shabalov. – M.: MEDpressinform, – 2012. – 156 p.

7. Скоромец А.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы / А.А.Скоромец. – Л.: Медицина, – 1989. – 320 с.

Skoromes A.A. The topical diagnostics of diseases of nervous system / A.A.Skoromes – L.: Medicina, 1989 – 320 p.

8. Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Syndrome and Related Conditions. The 4-Digit Diagnostic Code. – 2nd Edition. – Seattle, 1999. – 111 p.

9. May P.A. Estimating the prevalence of FAS. A summary / P.A.May, J.P. Cossage // Alcohol Res Health – 2001 – Vol. 25(3). – P. 159–167.

Е.А. Морозова, С.Н. Морозов, А.А. Донская, К.С. Лоскутова ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОСТИ НА ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

УДК:616.1/4-056.2

Проводилось исследование влияния коморбидной патологии на исходы у больных с диагнозом острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST (ОКСнСТ). Коморбидность регистрировалась у 88% обследованных. Наиболее часто из сопутствующих заболеваний встречаются обострение хронического холецистопанкреатита, эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта, хронический колит. Результаты статистического анализа показали значимое повышение частоты летального исхода в группе больных ОКСнСТ с обострением хронического пиелонефрита и с эрозивно-язвенным поражением верхних отделов ЖКТ.

Ключевые слова: коморбидность, острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST, эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта, хронический пиелонефрит, хронический колит.

МОРОЗОВА Елена Александровна – врач-терапевт ГБУ Якутская городская клиническая больница, Dea2003@rambler.ru, **МОРОЗОВ Сергей Николаевич** – к.м.н., докторант кафедры терапии, фармакологии с курсом скорой помощи Московского государственного медико-стоматологического университета, mnmnm1@rambler.ru, **ДОНСКАЯ Ариадна Андреевна** – д.м.н., проф., зав. курсом ОВП ИПОВ СВФУ им. М.К. Аммосова, Aradon1@yandex.ru, **ЛОСКУТОВА Кюняй Саввична** – к.м.н., с.н.с. ЯНЦ КМП СО РАМН, loscutovaks@mail.ru.

Investigation of influence of comorbid disease on outcomes in patients with acute coronary syndrome with ST segment elevation (ACSeST) was conducted. Comorbidity was recorded in 88% of patients. The most common comorbidities are the aggravation of chronic cholecystopancreatitis, erosive and ulcerative lesions of the upper gastrointestinal tract, chronic colitis. Statistical analysis showed a significant increase in the incidence of death in ACSeST patients with exacerbation of chronic pyelonephritis and with erosive and ulcerative lesions of the upper gastrointestinal tract.

Keywords: comorbidity, acute coronary syndrome with ST segment elevation, erosive and ulcerative lesions of the upper gastrointestinal tract, chronic pyelonephritis, chronic colitis.

Под коморбидными состояниями понимают сочетание двух или более патологических синдромов или забо-

леваний у одного пациента, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени [5,4].