

Сравнение между группами контроль - СД 2 типа с помощью эмпирического коэффициента детерминации показало, что наличие СД 2 типа значительно изменяет уровни исследуемого показателя. Наличие СД 2 типа повышает уровень апелина-36 на 64,3%, что говорит о клинической значимости уровней изучаемого показателя в диагностике СД 2 типа.

Сравнение между группами СД 2 типа+НМТ и СД 2 типа+ПМТ с помощью эмпирического коэффициента детерминации показало определенные особенности. Сочетание СД 2 типа+ПМТ по сравнению с СД 2 типа+НМТ повышает уровень апелина-36 на 28%.

Данные проведенного дисперсионного анализа позволяют предположить, что уровни апелина-36 являются клинически значимыми диагностическими маркерами СД 2 типа.

Выводы. СД 2 типа обуславливает значительное изменение уровней апелина-36 по данным дисперсионного анализа, что говорит о высокой значимости повышения этого показателя в диагностике СД 2 типа.

Повышенная масса тела при СД типа 2 обуславливает дополнительное значительное влияние на уровни адипоцитокина апелина-36, что дает основание считать, что при повышенной массе тела активируются и усугубляются механизмы влияния исследуемого адипоцитокина на метаболические нарушения.

HIGH NITRIC OXIDE LEVEL IS A FACTOR OF ESOPHAGEAL ALTERATIONS IN PATIENTS WITH BECHTEREW'S DISEASE

Zazdravnov A.A.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Objective. To investigate the NO metabolism in patients with Bechterew's Disease (BD) complicated by gastroesophageal reflux disease (GERD).

Materials and methods. 54 patients with BB and GERD were examined (study group). 26 patients with BB without signs of esophageal lesions formed the comparison group. Diagnosis GERD was made on the basis of the Montreal consensus. Serum concentrations of nitrites (a stable metabolite of NO) were studied by spectrophotometry using a reagent of Gris. The analysis results were compared with the similar parameter of 20 healthy subjects. Statistical significance of differences was assessed by Student t-test.

Results and its discussion. Level of nitrites in patients from study group ($7,6 \pm 0,35$ umol/l) exceeded the similar parameter in patients from comparison group ($7,0 \pm 0,28$ umol/l) , but these differences were not significantly ($p > 0,05$). At the same time a significant ($p < 0,05$) increase in serum levels of nitrites of patients with BD compared to the same parameter of healthy subjects were detected ($5,3 \pm 0,26$ umol/l).

At the second stage of the study the main group was divided into two sub-groups - 38 patients s endoscopically negative GERD (subgroup 1) and 16 patients with endoscopically positive GERD (subgroup 2). Serum level of nitrites in patients from Subgroup 2 ($8,3 \pm 0,32$ umol/l) was significantly higher ($p < 0,05$) than similar parameter in the comparison group ($7,0 \pm 0,28$ umol/l). No other reliable differences between subgroups were found.

Along with this dates, nonsignificant trend to increase serum levels of nitrites in patients from study group compared with patients from control group was identified at the first stage of the study. Significant and reliable differences between the level of nitrites in patients with BB complicated by endoscopically positive GERD compared with the patients from comparison group were found on the second stage of the study.

Conclusions. Overproduction of NO in patients with BB leads to its accumulation in the organism. On the one hand, NO reduces the tone of the lower esophageal sphincter and

contributes to GERD. On the other hand, NO is partially transformed into peroxynitrite. Peroxynitrite causes degradation of proteins and inactivates the enzyme superoxide dismutase increases lipid peroxidation. Thus, disturbances of esophageal motility (problem with lower esophageal sphincter) are compounded by cytotoxic effect on the cellular and molecular level.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Камышникова Л.А., Ефремова О.А.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет

Внимание ученых и клиницистов привлек тот факт, что смертность пациентов с заболеваниями почек как в конечной, так и в додиализной стадиях по многочисленным исследованиям высока. Основной причиной смертности при этом являются сердечно-сосудистые заболевания. При этом уровень летальности пациентов, имеющих хроническую болезнь почек (ХБП) даже ранней стадии в 2 раза выше, чем в целом по популяции. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) часто развиваются задолго до возникновения терминальной стадии хронической болезни почек, поэтому больные с нарушенной почечной функцией имеют более высокую вероятность умереть от ССЗ, чем от терминальной хронической почечной недостаточности (ХПН). Многочисленные исследования показали, что нарушение функции почек прочно взаимосвязано с прогнозом развития сердечной недостаточности у больных с систолической дисфункцией левого желудочка (ЛЖ), неблагоприятным течением ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертензии и других ССЗ. Тесные взаимосвязи между изменениями почек и органов сердечно-сосудистой системы привели к заключению о наличии своеобразной клинко-патогенетической общности — «кардиоренального континуума».

По рекомендациям Национального почечного фонда, ХБП классифицируется в соответствии с показателями скорости клубочковой фильтрации (СКФ). В новых рекомендациях KDIGO предложена индексация ХБП по уровню альбуминурии. Использование таких категорий, как СКФ и альбуминурия позволяет стратифицировать больных с ХБП по риску почечных исходов (сюда относится прежде всего терминальная почечная недостаточность), эндокринных, сердечно-сосудистых, метаболических осложнений и смертности. Уровень альбуминурии, к тому же, отражает наличие генерализованной эндотелиальной дисфункции, являющейся причиной прогрессирующего атерогенеза. Кроме того, для оценки функционального состояния почек в исследованиях определялся цистатин С в крови, липокаин, ассоциированный с желатиназой нейтрофилов (NGAL), молекула повреждения почек (kidney injury molecule-1), интерлейкин 18 (ИЛ-18), диметиларгинин и печеночный тип СЖК-связывающего протеина.

В работах С. Ronco, Р. McCulough, S.D. Anker, приведена модификация основных типов кардиоренальных патологических взаимоотношений:

- I тип - острый кардиоренальный синдром;
- II тип - хронический кардиоренальный синдром;
- III тип - острый ренокардиальный синдром;
- IV тип - хронический ренокардиальный синдром;
- V тип - вторичный кардиоренальный синдром.

Внедрение концепций ХБП и кардиоренального синдрома в практическое здравоохранение явилось важнейшим стратегическим подходом к снижению сердечно-сосудистой и общей смертности, увеличению продолжительности жизни населения, ведь