

4. A randomized comparison of four omeprazole-based triple therapy regimens for the eradication of *Helicobacter pylori* in patients with non-ulcer dyspepsia / J. Laurent [et al.] // *Aliment. Pharmacol. Ther.* - 2001. - Vol. 15. - P. 1787-1793.

5. Comparison of 1 and 2 weeks of omeprazole, amoxicillin and clarithromycin treatment for *Helicobacter pylori* eradication: the HYPER Study / R. M. Zagari, [et al.] // *Gut.* - 2007. - Vol. 56. - P. 475-479.

6. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht III Consensus Report / P. Malfertheiner [et al.] // *Gut.* - 2007. - Vol. 56. - P. 772-781.

7. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection - The Maastricht 2-2000 Consensus Report

/ P. Malfertheiner [et al.] // *Aliment. Pharmacol. Ther.* - 2002. - Vol. 16. - P. 167-180.

8. Vakil, N. Eradication Therapy for *Helicobacter pylori* / N. Vakil, F. Megraud // *Gastroenterol.* - 2007. - Vol. 133. - P. 985-1001.

9. Meta-analysis: high-dose proton pump inhibitors vs. Standard dose in triple therapy for *Helicobacter pylori* eradication / A. Villoria [et al.] // *Aliment. Pharmacol. Ther.* - 2008. - Vol. 28. - P. 868-877.

10. The effect of CYP2C19 polymorphisms on *H. pylori* eradication rate in dual and triple first-line PPI therapies: a meta-analysis / S. Padol [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* - 2006. - Vol. 101. - P. 1467-1475.

АТЕРОСКЛЕРОЗ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СУСТАВОВ

Пальгуева А.Ю., Литвяков А.М.

УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"

Актуальность. Среди системных ревматологических заболеваний с клиническим преобладанием суставного синдрома, выделяется ревматоидный артрит (РА). Ведущей причиной преждевременной смертности больных РА является кардиоваскулярная патология - инфаркт миокарда, сердечно-сосудистая недостаточность, инсульт [1, 2].

Отсутствуют какие-либо опубликованные сведения о возможной ассоциации с атерогенезом реактивного артрита (РеА), заболевания также входящего в группу СпА (спондилоартропатия). Остается неизвестным, индуцирует ли РеА, подобно РА, возникновение и развитие атеросклеротической болезни.

Цель исследования - у больных РА и РеА установить сходство и отличия сцепленности, присутствия ранних функциональных и системных структурных изменений, распространенности очагового поражения артериального сосудистого русла атеросклеротического генеза и сопоставить выявленные изменения с клинико-лабораторными характеристиками течения суставной патологии и показателями липидного спектра сыворотки крови.

Материал и методы. В исследование было включено 75 больных РА (группа 1), 41 человек, страдающий хронической формой РеА, ассоциированного с урогенитальной инфекцией (группа 2). Ни у кого из обследованных не было клинических проявлений атеросклеротической болезни, а так же отсутствовали такие типичные факторы риска развития атеросклероза как артериальная гипертензия, сахарный диабет, избыточная масса тела, курение, гиперлипидемия.

Средний возраст больных РА составил 38,7±7,4 лет. Обследовано мужчин - 5 (6,7%), женщин - 70 (93,3%). Продолжительность анамнеза РА в среднем составила 8,3±5,4 лет. Больные РеА имели возраст от 22 до 46 лет. Средний возраст составил 35,8±7,2 лет. Обследовано 9 (22%) мужчин и 32 (78%) женщины. Продолжительность заболевания составила 6,4±4,5 лет. Лица из КГ были сопоставимы по полу возрасту с больными РА и РеА.

Ультразвуковая двумерная эхография артерий в се-

рой шкале выполнялась с использованием ультразвукового аппарата "Сономед-400С" (Россия) с частотой излучения датчика 6,0-9,0 МГц и точностью измерительной системы 0,1 мм. В план ультразвукового скрининга были включены абдоминальный отдел брюшной аорты, подвздошные, бедренные, подколенные и плечевые артерии, а так же общие сонные и экстракраниальные отделы наружной и внутренней сонных артерий. У всех определялось функциональное состояние эндотелия в пробе с реактивной гиперемией, измеряли толщину КИМ (комплекс интима-медиа) сонных артерий.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере с помощью программы STATISTICA v.6.0.

Результаты и обсуждение. Результаты ПЗВД ПА (потокзависимая вазодилатация плечевой артерии) в группе РА оказалась 7,7% (6,3-9,3), что было достоверно меньше ($p < 0,001$), чем у больных РеА и в КГ. ПЗВД ПА в группе больных РеА составила 11,4% (10,4-12,4). Схожие значения ПЗВД ПА были выявлены у здоровых лиц - 11,7% (11,2-12,9). Статистически достоверных ($p > 0,05$) различий между группой РеА и здоровыми лицами по показателям ПЗВД ПА выявлено не было. Было установлено, что длительное течение РА сопровождается снижением ПЗВД ПА ($r = -0,72$, $p < 0,001$). В группе сравнения аналогичной зависимости не обнаружено ($r = -0,14$, $p > 0,05$). Ни в группе РА, ни у больных РеА зависимости между СОЭ и ПЗВД ПА не было обнаружено (РА $r = 0,07$, $p > 0,05$; РеА $r = -0,15$, $p > 0,05$). Так же и в КГ не выявлено корреляции между ПЗВД ПА и СОЭ ($r = 0,2$, $p > 0,05$). В проведенном исследовании у больных РА установлена умеренная обратная корреляция между ПЗВД ПА и СРП ($r = -0,54$, $p < 0,001$). В группе больных РеА, как и у здоровых лиц из КГ, взаимосвязи между уровнем СРП и ПЗВД ПА не было выявлено (РеА $r = -0,01$, $p > 0,05$; КГ $r = -0,14$, $p > 0,05$). Установлена умеренная обратная корреляция между ПЗВД ПА и суставным индексом Ричи ($r = -0,45$, $p < 0,001$). У больных РеА зависимости между ПЗВД ПА и индексом Ричи установлено не было ($r = 0,13$, $p > 0,05$). У больных РА с серопозитивным вариантом заболевания

ПЗВД ПА составила 7,5% (5,8-9,3), с серонегативным - 7,8% (7,4-9,5). Достоверных ($p>0,05$) различий между подгруппами с серопозитивным и серонегативным РА по уровню ПЗВД ПА выявлено не было. Также в группе РА не было корреляционной зависимости между уровнем РФ в сыворотке крови и ПЗВД ПА ($r=0,24$, $p>0,05$). У больных РА с экстраартикулярными проявлениями заболевания ПЗВД ПА составила 5,8% (5,6-7,4), что достоверно меньше ($p<0,001$), чем в подгруппе с суставной формой, где ПЗВД ПА оказалась 7,7% (7,3-9,9). В то же время не выявлено зависимости ($\chi^2=0,44$, $V^2=0,44$, $p>0,05$) между наличием системных проявлений и частотой встречаемости сниженных значений ПЗВД ПА. У больных с системными проявлениями (14 человек) значения ПЗВД ПА ниже нормы выявлены в 14 (100%) случаях, при суставной форме заболевания (61 человек) - в 46 (75,4%). В группе РА выявлены статистически достоверные различия между подгруппой больных с нормальными значениями ПЗВД ПА и подгруппой, где ПЗВД ПА была меньше 10%, по основным показателям липидного обмена (ОХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ИА). Статистической значимости не достигли различия по уровню ТГ.

В группе РА толщина КИМ составила 0,8 мм (0,7-0,9), что было достоверно ($p<0,001$) больше, чем у больных РеА и в КГ, где толщина КИМ оказалась 0,63 мм (0,6-0,7) и 0,6 мм (0,6-0,7) соответственно. Достоверных ($p>0,05$) различий по толщине КИМ между группой РеА и КГ не обнаружено. Было установлено, что в группе больных РА длительное течение заболевания сопровождается нарастанием толщины КИМ сонных артерий ($r=0,58$, $p<0,001$). В то же время, при РеА подобной тенденции установлено не было ($r=-0,01$, $p>0,05$). Во всех группах не было установлено зависимости между толщиной КИМ и СОЭ (РА $r=-0,04$, $p>0,05$; РеА $r=-0,26$, $p>0,05$; КГ $r=0,09$, $p>0,05$). При изучении ассоциации толщины КИМ с СРП, в группе РА была выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между данными показателями ($r=0,79$, $p<0,001$). В группе РеА зависимости между уровнем СРП и толщиной КИМ каротид установлено не было ($r=-0,07$, $p>0,05$). Так же и в КГ, уровень СРП и толщина КИМ не были взаимосвязаны ($r=-0,003$, $p>0,05$). При проведении корреляционного анализа в группе РА получена прямая умеренная зависимость между индексом Ричи и толщиной КИМ ($r=0,43$, $p<0,05$). В группе РеА зависимости между толщиной КИМ и выраженностью суставного синдрома, оцененного с помощью индекса Ричи, установлено не было ($r=-0,14$, $p>0,05$). Так же не выявлено достоверных ($p>0,05$) различий по толщине КИМ в подгруппах с разными рентгенологическими стадиями РеА. В

группе РА с серопозитивным вариантом заболевания толщина КИМ составила 0,83 мм (0,7-0,92), что было достоверно ($p<0,05$) больше, чем у больных с серонегативным РА, где толщина КИМ составила 0,76 мм (0,7-0,82). В подгруппе с серопозитивным РА не было корреляционной зависимости между толщиной КИМ сонных артерий и уровнем РФ в сыворотке крови ($r=-0,01$, $p>0,05$). Толщина КИМ сонных артерий в подгруппе с экстраартикулярными проявлениями РА составила 0,95 мм (0,9-1,0), в подгруппе без таковых - 0,8 мм (0,7-0,87). По толщине КИМ эти две подгруппы больных РА достоверно ($p<0,001$) различались между собой. В подгруппе РА с системными проявлениями (14 человек) утолщение КИМ встречалось у 12 (85,7%) больных, у лиц с суставной формой заболевания - у 15 (24,6%). Была выявлена взаимосвязь между наличием системных проявлений РА и частотой встречаемости утолщения КИМ ($\chi^2=6,95$, $V^2=6,88$, $p<0,05$). Только в группе больных РА установлено наличие корреляционной взаимосвязи между толщиной КИМ и показателями липидного спектра сыворотки крови (ОХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ИА). В группе РеА, как и в КГ, аналогичной зависимости не установлено.

Атеросклеротические бляшки были выявлены у 22 (29,3%) больных РА, в группе РеА - у 1 (2,4%). Достоверно ($\chi^2=8,75$, $V^2=8,68$, $p<0,05$) присутствие атеросклеротических бляшек, в сосудах обследованных, было ассоциировано с РА. В КГ очагов атероматоза в сосудах обнаружено не было. По частоте встречаемости очагового атеросклероза различий между группой РеА и КГ не было ($p>0,05$).

Выводы.

1. В результате проведенного исследования было установлено, что у больных РА, при отсутствии классических факторов риска, имеют место нарушение функционального состояния эндотелия, определяемое в пробе с реактивной гиперемией, утолщение КИМ сонных артерий, а также поражения артерий атеросклеротическими бляшками.

2. Хроническая форма РеА не характеризуется преждевременным развитием атеросклеротических изменений артерий.

Литература:

1. High incidence of cardiovascular events in a rheumatoid arthritis cohort not explained by traditional cardiac risk factors / I. D. del Rincon [et al.] // *Arthritis Rheum.* - 2001. - Vol. 44. - P. 2737-2745.

2. Насонов, Е.Л. Проблема атеротромбоза в ревматологии / Е.Л. Насонов // *Вестн. РАМН.* - 2003. - № 7. - С. 6-10.

О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАБОЧИХ - МОСТОСТРОИТЕЛЕЙ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА И МЕРОПРИЯТИЯ ПО ЕЕ СНИЖЕНИЮ

Пахирко А.В., Захматова Н.В., Муквич Н.А.

*УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",
СЭУ "Отделенческий центр гигиены и эпидемиологии на станции Витебск"*

Введение. Внедрение современных технологий, интенсификация производства изменяют условия труда

работающих, в том числе на железнодорожном транспорте, и ставят новые задачи перед медработниками по