

сравнения) вошел 31 больной с СД2 без патологии щитовидной железы, в 3-ю группу — 15 — с ПГ. Больные были сопоставимы по возрасту, длительности СД, ПГ, ИМТ. В лечении больных СД2 использовалась комбинированная пероральная сахарснижающая терапия в сочетании с инсулином. Больным гипотиреозом проводилась заместительная терапия L-тироксином в дозе 50—150 мкг/сут. Качество жизни (КЖ) больных оценивалось с помощью русской версии «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36). Все исследования выполняли при поступлении, через 21 день и 12 нед. При нормальном распределении выборки для парных сравнений использовался *t*-критерий Стьюдента, для внутригруппового сравнения использовали критерий Вилкоксона (W). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Показатели ТТГ и $f T_4$ при поступлении составили: в 1-й группе — $7,1 \pm 1,8$ мкМЕ/л и $16,3 \pm 1,9$ пмоль/л; в 3-й группе — $11,6 \pm 3,6$ мкМЕ/л и $13,9 \pm 0,6$ пмоль/л. Через 12 нед заместительной гормональной терапии показатели ТТГ и $f T_4$ составили: в 1-й группе — $1,8 \pm 1,1$ мкМЕ/л ($p < 0,05$) и $14,8 \pm 0,8$ пмоль/л ($p > 0,05$); в 3-й группе — $3,5 \pm 2,0$ мкМЕ/л ($p < 0,05$) и $15,7 \pm 1,6$ пмоль/л ($p > 0,05$).

Через 21 день в 1-й группе наблюдалось достоверное повышение КЖ по шкалам: социальное функционирование — $36,6 \pm 2,1$ — $46,5 \pm 4,1$ балла ($p < 0,05$), интенсивность боли — $34,4 \pm 4,9$ — $49,9 \pm 6,5$ балла ($p < 0,05$), жизнеспособность — $26,9 \pm 2,5$ — $46,8 \pm 6,5$ балла ($p < 0,05$) и самооценка психического здоровья — $37,9 \pm 2,9$ — $53,6 \pm 6,5$ балла ($p < 0,05$). Во 2-й и 3-й группе через 21 день статистически значимое улучшение установлено по шкале общее состояние здоровья: во 2-й группе — $35,1 \pm 2,1$ — $42,3 \pm 2,9$ балла ($p < 0,05$), в 3-й группе — $44,5 \pm 3,8$ — $55,2 \pm 4,1$ балла ($p < 0,05$). Через 12 нед лечения в 1-й и 3-й группе отмечено улучшение по шкале самооценка психического здоровья: в 1-й группе — $37,9 \pm 2,9$ — $48,0 \pm 3,4$ балла ($p < 0,05$), в 3-й группе — $42,4 \pm 3,8$ — $53,5 \pm 5,2$ балла ($p < 0,05$). Во 2-й группе через 12 нед наблюдения достоверных изменений по шкалам КЖ не получено.

Вывод. Компенсация гипотиреоза под влиянием заместительной гормональной терапии способствует улучшению параметров качества жизни у больных сочетанной патологией и первичным гипотиреозом.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОГО СТАТУСА И ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОВ КРОВИ ПРИ АКТИВНОЙ АКРОМЕГАЛИИ

Дудина М.А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого; НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН; КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Эндокринологический центр, Красноярск

e-mail: dudina.margarita@mail.ru

Цель исследования — изучить особенности иммунного статуса и показателей хемилюминесценции нейтрофильных гранулоцитов крови у больных с активной акромегалией.

Материал и методы. Обследованы 44 больных с активной акромегалией (11 мужчин и 33 женщины) в возрасте

от 27—70 лет (средний возраст $51,9 \pm 11,4$ года). Активная стадия заболевания диагностировалась, согласно критериям консенсуса по диагностике и лечению акромегалии (2009). Методом непрямой иммунофлюоресценции, используя FITC-меченые моноклональные антитела фирмы ТОО «Сорбент» (Москва) определяли $CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$, $CD16^+$, $CD19^+$, $CD25^+$ и $CD95^+$ -клетки и соотношение $CD4^+/CD8^+$. Концентрацию сывороточных иммуноглобулинов (А, М, G) определяли методом радиальной иммунодиффузии в геле по Манчини. Исследование спонтанной и зимозан-индуцированной хемилюминесценции (ХЛ) гранулоцитов крови осуществляли по методу De Sole P. на 36-канальном хемилюминесцентном анализаторе CL3606M (СКТБ «Наука», Красноярск). Оценивали следующие параметры ХЛ: время выхода на максимум интенсивности ХЛ (T_{max}), максимальное значение интенсивности ХЛ (I_{max}) и площадь (S) под хемилюминесцентной кривой. Анализ данных проведен с помощью пакета прикладных программ Statistica for Windows, Release 7.0 («StatSoft Inc.», США). Достоверность различий между показателями независимых выборок оценивали по непараметрическому критерию Манна—Уитни. Критический уровень достоверности нулевой гипотезы был принят равным 0,05.

Результаты исследования. У больных с активной акромегалией статистически достоверно увеличивается процентное содержание цитотоксических Т-лимфоцитов ($CD8^+$ -клетки), NK-клеток ($CD16^+$), В-лимфоцитов ($CD19^+$ -клеток), а также $CD25^+$ - и $CD95^+$ -клеток ($p < 0,001$). Установлено снижение абсолютного и относительного числа зрелых Т-лимфоцитов ($CD3^+$ -клеток) и величины соотношения $CD4^+/CD8^+$ ($p < 0,001$), при повышении сывороточной концентрации IgA ($p = 0,03$) и снижении уровня IgM ($p < 0,001$). Увеличение площади ХЛ наблюдалось как при спонтанной, так и зимозан-индуцированной ХЛ ($p < 0,001$), а повышение I_{max} отмечалось только при ХЛ, индуцированной зимозаном ($p < 0,05$).

Вывод. При акромегалии происходит нарушение в популяционном и субпопуляционном составе лимфоцитов с увеличением количества активированных лимфоцитов, повышением их функциональной активности и готовности к апоптозу. Пониженный синтез иммуноглобулина М свидетельствует о низкой активации системы комплемента и эффективности фагоцитарных реакций, обеспечивающих разрушение и элиминацию фагоцитирующих клеток.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ С МЕЛАКСЕНОМ НА СОДЕРЖАНИЕ ДИЕНОВЫХ КОНЬЮГАТОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ТИРЕОТОКСИКОЗА

Душечкина О.Ю.¹, Попов С.С.¹, Шульгин К.К.², Купцова Г.Н.¹, Великий А.В.¹

¹Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко; ²Воронежский государственный университет

e-mail: ostapen2009@rambler.ru

Цель исследования — оценка содержания первичных продуктов перексидного окисления липидов (ПОЛ) —