

УДК 616.12 008.46 036.12 073:314.47.

### ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

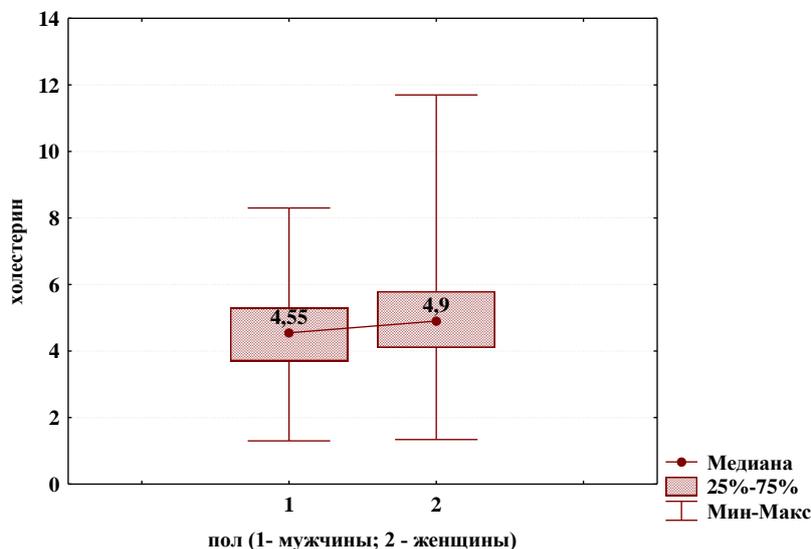
А.С. Керимкулова, Л.М. Турарова, Б.Т. Рысбекова, Ф.Е. Абайханова  
Государственный медицинский университет города Семей

**Целью** исследования было изучение половых различий в показателях липидного обмена у больных артериальной гипертензией, проживающих в районе бывшего Семипалатинского полигона.

**Методы исследования.** Проанализированы данные исследований больных артериальной гипертензией за период с 2008 по 2010 годы, проведенных в диагностическом центре г.Семей. Для изучения использованы данные амбулаторных карт 828 больных артериальной гипертензией. В группу включения для проведения анализа вошли данные больных (согласно рекомендациям ВОЗ-МОГ, 1999) артериальной гипертензией 1 степени – 65 больных (8%); 2 степени – 728 больных (88%); 3 степени - 35 больных (4%). Исследовались следующие показатели липидного обмена, с принятыми региональными нормативами лаборатории: общий холестерин (ОХ) – 3,9-5,2 ммоль/л; липопротеины высокой (ЛПВП) – 1,09-2,25 ммоль/л, и низкой плотности (ЛПНП) - до 3,4 ммоль/л; триглицериды (ТГ) – до 1,92 ммоль/л. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ (ППС) STATISTICA фирмы StatSoft Inc. (США).

**Полученные результаты.** Основные показатели в целом группе больных артериальной гипертензией (n=828) определялись (в скобках указана медиана и интерквартильный размах) по следующим показателям: возраст (61; от 55 до 68); систолическое артериальное давление (САД 150; от 140 до 160); диастолическое артериальное давление (ДАД 90; от 80 до 100); общий холестерин (4,8; от 4,0 до 5,7); ЛПВП (2,21; от 1,9 до 2,9); ЛПНП (2,3; от 1,6 до 3,0); триглицериды (1,2; от 0,85 до 1,68). В группе мужчин больных артериальной гипертензией (n=238) выявлены следующие данные: возраст (61; от 55 до 68); систолическое артериальное давление (САД 150; от 140 до 160); диастолическое артериальное давление (ДАД 90; от 85 до 100); общий холестерин (4,55; от 3,7 до 5,3); ЛПВП (2,21; от 1,9 до 2,87); ЛПНП (2,05; от 1,4 до 2,8); триглицериды (1,15; от 0,88 до 1,66). В группе женщин больных артериальной гипертензией (n=590) выявлены следующие данные: возраст (61; от 55 до 69); систолическое артериальное давление (САД 150; от 140 до 160); диастолическое артериальное давление (ДАД 90; от 80 до 100); общий холестерин (4,9; от 4,1 до 5,8); ЛПВП (2,21; от 1,9 до 2,9); ЛПНП (2,4; от 1,8 до 3,0); триглицериды (1,2; от 0,84 до 1,69).

Рис.1 Диаграмма размаха уровня холестерина в зависимости от пола

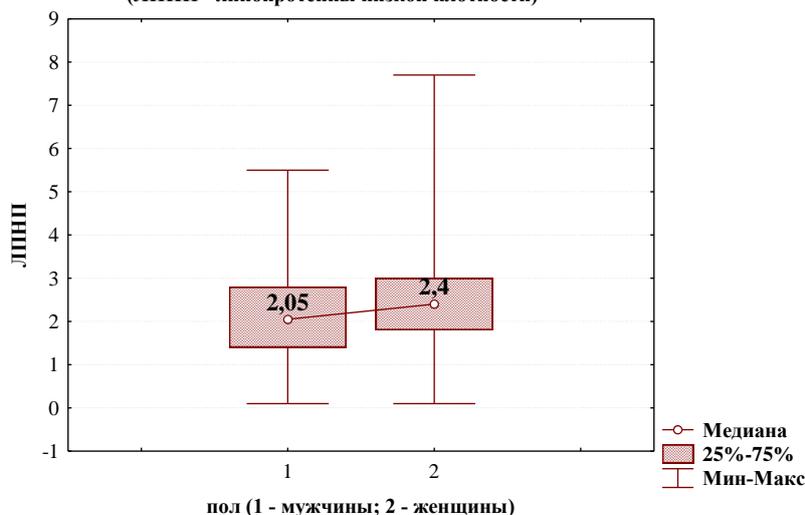


Различие по показателю ОХ в зависимости от пола по критерию Манна-Уитни U составил  $p=0,0001$  (рис.1). По показателям САД ( $p=0,36$ ), ДАД ( $p=0,1$ ), ЛПВП (0,75) различия в зависимости от пола статистически недостоверны.

Различие по показателю по ЛПНП в зависимости от пола по критерию Манна-Уитни U составил  $p=0,0008$ . Отмеченные критерии значимы на уровне

$p<0,01$ . Выявлена зависимость по ранговой корреляции Спирмена, значимое на уровне  $p<0,01$  в целом по группе: средняя связь между показателями ОХ и ЛПНП ( $r=0,55$ ); умеренная связь между ОХ и ЛПВП ( $r=0,36$ ); слабая связь между ЛПНП и триглицеридами ( $r=0,24$ ), ОХ и триглицеридами ( $r=0,14$ ), ЛПНП и ЛПВП ( $r=0,19$ ), ЛПВП и триглицериды ( $r=0,11$ ).

**Рис.2** Диаграмма размаха по уровню ЛПНП в зависимости от пола (ЛПНП - липопротеины низкой плотности)



**Выводы.** Исследование показало важность оценки показателей липидного обмена, особенно ЛПНП. Определены статистически значимые различия по показате-

лям ОХ и ЛПНП в зависимости от пола, более высокие значения отмечены у женщин больных артериальной гипертензией.

**Артериалды гипертензиямен ауыратын науқастарда липид алмасу көрсеткіштерінің жыныстық айырмашылықтары**

**А.С. Керімқұлова, Л.М. Турарова, Б.Т. Рысбекова, Ф.Е. Абайханова**

2008-2010 жылдар аралығында Семей қ. диагностикалық орталығында 828 артериалды гипертензиямен ауыратын науқастардың амбулаторлы карталары мәліметтері бойынша липид алмасу көрсеткіштерін зерттеу жүргізілді. Жынысы бойынша бөлгенде ерлер -238, әйелдер – 590. Жалпы холестерин мен тығыздығы төмен липопротеидтер көрсеткіштері жынысы бойынша статистикалық маңызды айырмашылық анықталды, көрсеткіштер артериалды гипертензиямен науқастарда жоғары.

**Gender features in lipid metabolism of hypertensive patients**

**A.S. Kerimkulova, L.M. Turarova, B.T. Risbekova, F.Ye. Abaihanova**

For the period 2008-2010 year indicators of lipidic metabolism was explored according to outpatient cards of 828 hypertensive patients within the diagnostic center of Semey city, divided by gender (men 238, women 590 respectively). Statistically significant differences have been identified in indicators of total cholesterol and low density lipoprotein, depending on gender, so higher values have been observed within female hypertensive patients.

УДК 616.74-009.11-02

**ПОСТИНСУЛЬТНАЯ СПАСТИЧНОСТЬ И ЕЕ ЛЕЧЕНИЕ**

**Е.В. Иволгина**

**Учреждение «Амбулаторный центр», г. Усть-Каменогорск**

Инсульт в настоящее время является одной из главных причин смертности и инвалидизации населения земного шара. Инсульты оставляют после себя серьезные последствия, ведущие к ограничению таких важных для жизни функций, как самообслуживание, самостоятельное передвижение, к ограничению социального функционирования. Более чем у половины больных, перенесших инсульт, остаются двигательные нарушения, существенно снижающие качество жизни и нередко приводящие к стойкой инвалидизации. Восстановление утраченных двигательных функций максимально в течение 2-3 месяцев с момента инсульта, в дальнейшем темпы восстановления снижаются значительно. С течением времени маловероятно уменьшение степени пареза, однако возможно улучшение двигательных функций путем снижения спастичности в паретических конечностях, тренировки равновесия и ходьбы.

Развитие спастичности при центральном парезе конечности связывают со снижением тормозных влияний

на спинальные мотонейроны и интернейроны, что приводит к увеличению числа импульсов, достигающих альфа-мотонейронов в ответ на растяжение мышц. Снижение тормозных влияний на спинальные мотонейроны и интернейроны объясняется комбинированным поражением пирамидных и экстрапирамидных путей внутри головного мозга вследствие инсульта, при этом важную роль в развитии спастичности отводят повреждению кортико-ретикуло-спинального тракта. В развитии спастичности при поражении головного мозга большую роль играет ослабление тормозных влияний преимущественно на альфа-мотонейроны, обеспечивающие движение в антигравитационных мышцах, что объясняет появление характерных проявлений постинсультного спастического гемипареза: приведение плеча, сгибание в локтевом и лучезапястном суставе, приведение бедра, разгибание колена и подошвенное сгибание в голеностопном суставе. Если постинсультный парез сохраняется в течение длительного времени (не-