В данной статье предлагается мнемоническое правило запоминания пяти критериев для оценки состояния новорождённого по шкале Апгар (Таблица 1). За основу берется средняя оценка (1 балл) каждого показателя.

		0 баллов	1 балл	2 балла
А	Акроцианоз	Генерализованная бледность генерализованный цианоз	Розовая окраска тела и синюшная окраска конечностей (акроцианоз)	Розовая окраска всего тела и конечностей
П	Пульс (частота сердечных сокращений)	Отсутствует	<100	>100
Г	Гримаса (рефлекторная возбудимость)	Отсутствует	Реакция слабо выражена (grimace, движение)	Реакция в виде движения, кашля, чихания, громкого крика
А	Активность (мышечный тонус)	Отсутствует	Снижен, некоторое сгибание конечностей	Активные движения
Р	Респираторный статус (дыхание)	Отсутствует	Нерегулярное дыхание крик слабый (гиповентиляция)	Регулярное дыхание крик громкий

Важно помнить, что мнемотехники могут оказаться весьма интересным вспомогательным инструментом в медицинской практике. Мнемотехника – это дополнительный инструмент, которым необходимо учиться пользоваться, и лучше делать это на практике.

1. Зиганов М., Козаренко В. Мнемотехника. Запоминание на основе визуального мышления. М.: Школа рационального чтения, 2000.– 144 с.
2. Livejournal: Мнемоническое правило диагностики инсульта – УДАР [Электронный ресурс]. URL: <https://aquamber.livejournal.com/196221.html> (Дата обращения: 25.12.2017).

Танченко О.А.

Системная оценка иммунного статуса при хронической обструктивной болезни легких, ассоциированной с абдоминальным ожирением

*Амурская государственная медицинская академия
(Россия, Благовещенск)*

doi:10.18411/spc-18-01-2018-12

idsp: 000001:spc-18-01-2018-12

Аннотация

Обследовано 47 пациентов со среднетяжелой стадией хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). При дообследовании у 31 пациента выявлено коморбидное течение ХОБЛ с абдоминальным ожирением и метаболическими нарушениями. Сахарный диабет 2 типа при обследовании впервые выявлен у 4,8% пациентов, нарушенная толерантность к глюкозе - у 3,2% больных. При изучении

цитокинового статуса у больных с ХОБЛ в сочетании с абдоминальным ожирением и метаболическими нарушениями выявлено достоверное повышение интерлейкина-6, интерлейкина-8, фактора некроза опухоли-альфа и получены выраженные коэффициенты корреляций между показателями провоспалительного интерлейкина-6 и уровнями лептина, индекса инсулинорезистентности. Выявленные изменения иммунного статуса свидетельствуют о наличии аутоиммунного синдрома и требуют учета при лечении больных данной группы.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, абдоминальное ожирение, метаболические нарушения, интерлейкин, системное воспаление, коморбидность.

Abstract

We have examined 47 patients with moderate Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) During the follow-up examination 31 patients were diagnosed with comorbid COPD with abdominal obesity and metabolic disorder. In the course of examination new onset of diabetes mellitus type 2 was found in 9.7% of patients, impaired glucose tolerance - in 12.9% of patients. On studying the cytokine status in patients with COPD combined with abdominal obesity and metabolic disorder we discovered a significant increase in interleukin-6, interleukin-8 and tumor necrosis factor α was revealed, as well as pronounced correlation coefficients between the indices of pro-inflammatory interleukin-6, leptin levels, HOMA-IR. The revealed changes in the immune status indicate the presence of an autoimmune disease and need to be taken into account when treating patients of this group.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, abdominal obesity, metabolic disorder, interleukin, systemic inflammation, comorbidity.

Современные эпидемиологические данные свидетельствуют о неуклонном росте больных с абдоминальным ожирением. В настоящее время распространенность метаболического синдрома приобретает характер эпидемии, составляя от 26% до 42% взрослого населения планеты в зависимости от региона и этнической принадлежности, что в 2 раза превышает число лиц, страдающих сахарным диабетом (СД) 2 типа (1, 5). Среди многочисленных сопутствующих заболеваний наибольшее влияние на тяжесть ХОБЛ оказывают сердечно-сосудистые заболевания. Эти заболевания объединены между собой такими патогенетическими факторами, как малоподвижный образ жизни, нарушение липидного обмена и гемостаза, эндотелиальная дисфункция. На сегодняшний день накоплена масса доказательств взаимодействия эндокринной и иммунной систем (2, 3, 4), в связи с чем можно предположить, что состояние иммунной системы является одним из важных факторов развития метаболического синдрома. Инсулинорезистентность, прогрессирующая при метаболическом синдроме, вызывает последующее воспаление за счет повышения уровня свободных жирных кислот и нарушения противовоспалительных свойств инсулина, сопровождающееся стимуляцией секреции лептина адипоцитами.

Воспалительные процессы играют важную роль в патогенезе атеросклеротических процессов при сердечно-сосудистых заболеваниях (1, 4). Установлено, что маркеры воспаления и эндотелиальной дисфункции могут предоставить дополнительную информацию, полезную для определения риска развития компонентов метаболического синдрома (абдоминального ожирения, нарушений углеводного обмена, дислипидемии), а также стать новыми целями терапии ХОБЛ, ассоциированной с метаболическим синдромом.

Цель исследования: изучить изменения иммунного статуса у больных с ХОБЛ в сочетании с абдоминальным ожирением и метаболическими нарушениями и их взаимосвязь с показателями лептина, инсулинорезистентностью, липидным спектром.

Материалы и методы: проведена оценка изменений гуморального иммунного статуса у пациентов с ХОБЛ в сочетании с абдоминальным ожирением и метаболическими нарушениями (опытная группа) и их взаимосвязь с показателями фактора роста эндотелия сосудов, индексом инсулинорезистентности, антропометрическими данными. В комплексное исследование было включено 47 пациентов в возрасте от 38 до 71 года. Исследование содержания уровня цитокинов - интерлейкина (ИЛ)-6, ИЛ-8, ИЛ-10, фактора некроза опухоли-альфа (ФНО- α), сосудистого эндотелиального фактора роста (vascular endothelial growth factor, VEGF) осуществлялось методом иммуноферментного анализа. С использованием иммуноферментного метода у больных определены показатели иммунореактивного инсулина и лептина. Исследовано количественное содержание CD25⁺ - маркера ранней активации иммунокомпетентных клеток. Параметры клеточного иммунитета оценены иммунофенотипированием CD-антигенов к CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD25⁺ с помощью соответствующих моноклональных антител. Инсулинорезистентность изучалась путем расчета индекса инсулинорезистентности (ИИР) по критерию НОМА (Homeostasis Model Assessment) - [инсулин натощак (мкМЕд/мл) $\times$ глюкоза натощак (ммоль/л)/22,5], в контрольной группе показатель не превышал 2,77. С целью изучения толерантности к физической нагрузке проводили 6 минутный шаговый тест. Гликированный гемоглобин А1С определяли методом аффинной хроматографии с использованием микроколонок и стандартных наборов «Диабет-тест».

Результаты и обсуждения: при дообследовании группы больных с коморбидным течением ХОБЛ с абдоминальным ожирением и метаболическими нарушениями ожирение I степени диагностировано у 14 пациентов (45,2%), ожирение II степени - у 11 больных (35,4%), ожирение III степени - у 6 пациентов (19,4%). Стаж курения свыше одного года отметил 98,4% больных. Индекс курящего человека составил $15,7 \pm 4,9$ пачка/лет. У 17 (54,8%) обследуемых нами больных была зарегистрирована артериальная гипертензия. У 5 пациентов (16,1%) в анамнезе имелись макрососудистые осложнения (инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения). Интересно отметить, что СД 2 типа при обследовании впервые выявлен у 3 больных (9,7%), нарушенная толерантность к глюкозе - у 4 пациентов (12,9%), нарушенная гликемия натощак - у 5 больных (16,1%). Гликированный гемоглобин А1С был равен $8,37 \pm 2,26\%$. У пациентов с коморбидным течением ХОБЛ с абдоминальным ожирением и метаболическими нарушениями отмечено значимое увеличение показателей индекса массы тела, коэффициента объема талии к объему бедер, глюкозы крови, уровней общего холестерина и триглицеридов. При выполнении 6-минутного шагового теста толерантность к физической нагрузке в группе больных с коморбидным течением ХОБЛ и метаболическим синдромом была достоверно ниже, чем у пациентов без метаболического синдрома, составив соответственно $347,83 \pm 11,8$ м и $452,17 \pm 14,72$ м. У пациентов с сочетанным течением ХОБЛ и нарушений углеводного обмена нами выявлено более выраженное повышение провоспалительных цитокинов (ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО- α) в сравнении с группой контроля. Анализ показателей системы иммунитета у больных с метаболическим синдромом свидетельствует о тенденции к увеличению относительного (%) и абсолютного (млрд/л) содержания лимфоцитов ($p > 0,05$). При этом количество CD25⁺ - клеток было значительно выше ($p < 0,05$), чем в контрольной группе. Известно, что молекулы CD25⁺ являются маркерами ранней активации лимфоцитов, представляя собой α -цепь рецептора к интерлейкину-2, являющегося маркером аутоиммунной агрессии (1, 2). Выраженные коэффициенты корреляций были получены между показателями провоспалительного цитокина - ИЛ-6, CD25⁺ и уровнями лептина, ИИР в группе пациентов с сочетанным течением ХОБЛ, абдоминального ожирения и метаболическим нарушением в виде гипергликемии

Выводы: таким образом, при сочетанном течении ХОБЛ и абдоминального ожирения возрастает цитотоксическое действие иммунных и метаболических факторов на клеточные мембраны в виде аутоиммунного синдрома, что требует учёта при лечении сосудистых осложнений у пациентов данной группы с целью предотвращения развития и прогрессирования макрососудистых катастроф и повышения качества жизни пациентов. Дальнейшее выявление особенностей иммунного статуса может иметь значимое клиническое значение, позволяющее определить своевременные подходы к ранней диагностике, лечению и профилактике коморбидного течения ХОБЛ.

1. Авдеев С.Н. Можно ли улучшить прогноз у больных хронической обструктивной болезнью легких? // Пульмонология. - 2015. - № 4. - С. 469-476.
2. Земсков А.М., Земсков В.М. Руководство по клинической иммунологии для практических врачей. М.: Триада - Х. - 2011. - 288 с.
3. Танченко О.А., Нарышкина С.В., Сивякова О.Н. Урсодеоксихолевая кислота в комплексном лечении больных с метаболическим синдромом. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2012. - № 1 - Том 22. - С. 82-86.
4. McNeill A.M., Rosamond W.D. The metabolic syndrome and 11-year risk of incident cardiovascular disease in the atherosclerosis risk in communities study. // Diabetes Care 2005. - Vol. 28. - P. 385-90.
5. Tanchenko O.A., Naryshkina S.V. Peculiarities of chronic and hemodynamics in comorbid course of obstructive pulmonary disease and metabolic syndrome//Materials of the 14 Russian-Chinese Biomedical Forum «Inovative metods of treatment in traditional Russian and Chinese medicine». Amur Medical Journal - № 3 (19) 2017. - S. 143-146.

Тимофеев Д.А.¹, Цвигайло М.А.², Власова М.В.¹, Раздевилова О.П.¹
Глубинная мотивация в деятельности администрации и врачей-специалистов
военно-медицинской организации

¹ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России
 (Россия, Саратов)

²Филиал №2 ФГКУ «442 ВКГ» Министерства Обороны РФ
 (Россия, Псков)

doi:10.18411/spc-18-01-2018-13

idsp: 000001:spc-18-01-2018-13

Введение. Повышение и поддержание трудовой мотивации на приемлемом уровне является одной из наиболее сложных и важных функций управления в системе военного здравоохранения [2, 3, 4, 8]. Неотъемлемой частью реализации данных функций является формирование работы, повышающей у сотрудников уровень проявления глубинной мотивации, следствием которой является выполнение своих обязанностей на более высоком уровне и повышение удовлетворенности своей деятельностью [1, 5, 6, 7]. Один из наиболее востребованных подходов создания мотивирующей работы базируется на теории Р. Хэкмана и Г. Олдхэма «Модель характеристик работы» [7, 9].

Цель работы: с применением разработанной анкеты для оценки ключевых составляющих «Модели характеристик работы» Р. Хэкмана и Г. Олдхэма, определить степень проявления глубинной мотивации у административного состава и специалистов военно-медицинской организации.

Материал и методы. Исследование проведено на базе шести военных госпиталей окружного подчинения методом сплошного анонимного анкетирования личного состава. Всего в исследовании приняло участи 119 человек, которые были распределены на группы. Группирующим фактором была профессиональная категория сотрудника: - «Администрация» (42 человека); «Специалисты» (77 человек). Ответы на вопросы анкеты предполагали оценку по 7-ми балльной шкале. Статистическая обработка полученных данных производилась с применением пакета прикладных