Выводы.

1. При бактериоскопическом и бактериологическом исследовании функциональных кисломолочных напитков Активиа, Актимель, Бифидум, Биобаланси Иммуনে, было установлено, что все исследуемые напитки содержали культуры бифидобактерий.

2. Количество бифидобактерий на конец срока годности в кисломолочных напитках соответствовало установленным требованиям нормативных документов.

3. Установлено, что выделенные культуры бифидобактерий способны синтезировать, в процессе жизнедеятельности, лизоцим в небольших концентрациях от 0,14 до 1,39 мкг/мл.

4. Выяснено, что комплекс метаболитов бифидобактерий, выделенных из кисломолочных оказывали бактерицидное действие на кишечную палочку.

1. Бифидум[Электронный ресурс]-режим доступа: <http://своййогурт.рф>
2. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология: Учебник для студентов медицинских вузов/ под ред. А.А.Воробьева. – 2-е изд., испр. И доп.-М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2012. – 704стр.
3. Бифидобактерии[Электронный ресурс]-режим доступа: <http://propionix.ru>
4. Технический регламент Таможенного союза "О безопасности молока и молочной продукции" (ТР ТС 033/2013)

Таранина О.Н., Силютин М.В., Тестова С.Г.

Распространенность депрессивных расстройств на фоне хронической сердечной недостаточности у лиц старших возрастных групп

*Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко
(Россия, Воронеж)*

doi: 10.18411/sr-10-02-2018-17

idsp: 000001:sr-10-02-2018-17

Увеличение доли лиц пожилого возраста считают одной из главных причин высокой распространенности хронической сердечной недостаточности (ХСН) в экономически развитых странах [1]. Распространенность ХСН увеличивается с возрастом. При этом особенностью ХСН у лиц старших возрастных групп является наличие нескольких этиологических факторов, приводящих к ее развитию.

ХСН у лиц старших возрастных групп практически всегда сопровождается другими заболеваниями и состояниями. При этом одновременное наличие нескольких заболеваний изменяет клиническую картину. Это затрудняет диагностику, выбор оптимального лечения и приводит к снижению качества жизни. Часто у таких пациентов наблюдается низкая приверженность к лечению. Это может быть обусловлено такими факторами, как нежелание пациента принимать большое количество препаратов, наличие побочных эффектов лекарственных препаратов и их недостаточная доступность. Кроме того, низкая приверженность к лечению может наблюдаться и при сочетании ХСН с тревожно-депрессивными расстройствами.

Проблема распространенности ХСН является социально значимой. Это связано с высокой частотой развития осложнений ХСН, большим количеством госпитализаций, высокими показателями смертности и инвалидности. При наличии хронической сердечной недостаточности наблюдается снижение качества жизни пациентов. Причем данный показатель увеличивается с увеличением функционального класса (ФК) ХСН.

Еще одной проблемой на современном этапе развития здравоохранения является увеличение распространенности тревожно-депрессивных расстройств.

Согласно литературным данным, симптомы тревоги и депрессии наблюдаются у 25–30 % лиц старше 65 лет, причем на фоне сопутствующих соматических заболеваний эта цифра достигает 50 %. [2]

Согласно прогнозам ВОЗ, к 2020г. депрессивные расстройства займут второе место в мире среди всех заболеваний после ишемической болезни сердца (ИБС) по уровню смертности, инвалидизации и потере трудоспособности [3, 4]. Наличие тревожно-депрессивных расстройств ухудшает течение и прогноз ХСН, затрудняет диагностику заболевания.

В то же время, сама депрессия трудно диагностируется в связи с тем, что её симптомы: усталость, утомляемость, апатия – являются весьма распространенными в популяции, что затрудняет адекватное лечение [5]. Кроме того, данные симптомы не являются строго специфичными для депрессивных расстройств, а могут встречаться при многих других заболеваниях.

При сочетании ХСН и тревожно-депрессивных расстройств у больных наблюдается значительное снижение качества жизни. При наличии тревожно-депрессивных расстройств у больных с ХСН наблюдается склонность к переоценке тяжести состояния. Такие пациенты нередко считают свое состояние очень тяжелым, субъективное состояние пациента нередко не соответствует данным объективных методов исследования. Данная категория пациентов хуже соблюдает рекомендации врачей, т.е. у них отмечается низкая комплаентность. Именно поэтому, при работе с такими пациентами требуется более критичная оценка субъективных симптомов.

Кроме того, тревожные и депрессивные расстройства, помимо снижения приверженности пациента к лечению, усугубляют тяжесть соматических симптомов, провоцируют осложнения, увеличивая длительность пребывания в стационаре, влияют на степень работоспособности [2].

Наличие тревожно-депрессивных расстройств у больных с ХСН значительно ограничивает физическую активность. Сочетание тревожных и депрессивных расстройств приводит к наиболее значимому снижению толерантности к физической нагрузке по сравнению с изолированным аффективным нарушением [6].

Все вышеперечисленное говорит об актуальности исследуемой проблемы и необходимости своевременно выявлять депрессивных расстройства у пациентов старших возрастных групп с целью последующей коррекции.

Материал и методы исследования.

В наше исследование были включены 228 пациентов в возрасте 60-87 лет. У всех исследуемых пациентов была хроническая сердечная недостаточность II-III ФК по NYHA.

Критерии включения в исследование:

- возраст пациентов старше 60 лет;
- наличие хронической сердечной недостаточности II-III ФК по NYHA;
- информированное согласие пациента.

Критерии исключения из исследования:

- хроническая сердечная недостаточность I и IV ФК по NYHA;
- острая декомпенсация сердечной недостаточности;
- тяжелые нарушения сердечного ритма и проводимости;
- алкоголизм;
- тяжелые психические расстройства.

Диагноз ХСН устанавливался в соответствии с рекомендациями ВНОК и ОССН. Для определения функционального класса ХСН и оценки толерантности к физической нагрузке использовался тест 6-минутной ходьбы.

Для определения наличия и выраженности тревожно-депрессивных расстройств применялись две психометрические шкалы: HADS и шкала Бэка.

Полученные результаты и их обсуждение.

По результатам, полученным с помощью шкалы HADS было выявлено, что клинически выраженная тревога/депрессия наблюдалась у 50,8% (116 человек) обследованных. Полученные результаты сопоставимы с данными литературы.

Группу пациентов с клинически выраженной тревогой/депрессией мы протестировали по шкале Бэка, т.к. она является более точной диагностической шкалой при определении депрессии. В результате тестирования мы получили следующие результаты.

Легкая депрессия наблюдалась у 27,6% (32 человек); депрессия средней тяжести наблюдалась у 64,7% (75 человек), тяжелая степень депрессии наблюдалась у 2,6% (3 человек).

Таким образом, депрессивные расстройства были выявлены у 48,2% обследованных пациентов (рис. 1). Это свидетельствует о высокой распространенности депрессивных расстройств, и, соответственно, о высоком риске развития ассоциированных клинических состояний у лиц старших возрастных групп.

Рис. 1. Распространенность депрессивных расстройств на фоне хронической сердечной недостаточности II-III ФК по NYHA у пациентов старших возрастных групп.

Выводы. Выявлена достаточно широкая распространенность тревожно-депрессивных расстройств у пациентов старших возрастных групп, страдающих ХСН II-III ФК по NYHA.

В связи с этим, в клиническую практику на уровне амбулаторно-поликлинического звена необходимо внедрять комплекс клинических, инструментальных и психологических/психометрических исследований для комплексной диагностики состояния лиц старших возрастных групп. В этот комплекс должны входить клинический осмотр пациентов, измерение артериального давления, тест 6-минутной ходьбы, психометрические шкалы: HADS и Бэка. Это поможет в ранние сроки выявлять и корректировать соматическую патологию, а также психоэмоциональное состояние данной категории пациентов. Такое комплексное обследование пациентов будет способствовать более раннему внедрению реабилитационных мероприятий для профилактики

депрессивных расстройств, уменьшения тяжести имеющихся заболеваний, а также снизит риски возникновения осложнений. Все это, в итоге, приведет к улучшению качества жизни данной группы пациентов.

1. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М. Депрессия в неврологической практике. Москва «МИА» 2002; 155 с.
2. Капустенская Ж. И., Шпрах В. В., Зайцева О. И. Аффективные и когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста. Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2010. №2 С.52–54.
3. Иванов С.В. Депрессия и сердечно сосудистая патология // Кардиология. 2009. №7-8. С.115-120. (в журнале)
4. Нонка Т.Г., Репин А.Н., Сергиенко Т.Н. Влияние депрессивных расстройств на показатели variability ритма сердца у больных с перенесенным инфарктом миокарда // Сибирский медицинский журнал. 2011. №1. С. 69-71.
5. Воробьева О. В. Клинические особенности депрессии в обще-медицинской практике (по результатам программ КОМПАС) // Consilium Medicum. – 2004. – Т. 6, №2. – С. 84-87.
6. Ватутин Н. Т., Христинченко М. А. Влияние тревожно-депрессивных расстройств на толерантность к физической нагрузке пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Журнал Сердечная недостаточность. 2015; 16 (3): С. 167-170.

Чернышева Е.Н., Абдрашитова А.Т., Дьякова О.Н., Миронычева Н.В.
Взаимосвязь инсулинорезистентности и белка р53 при метаболическом синдроме
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России,
Филиал номер 3 ФГБУ «413» ВГ Минобороны России
(Россия, Астрахань)

doi: 10.18411/sr-10-02-2018-18

idsp: 000001:sr-10-02-2018-18

Аннотация

Было обследовано 270 человек с метаболическим синдромом в возрасте от 30 до 60 лет - 48,00 (42,00; 53,00) лет, из них 162 мужчины и 108 женщин. Исследовали уровень инсулина сыворотки крови (мкЕд/мл) и концентрацию белка р53 сыворотки крови (У/мл) методом иммуноферментного анализа. Установлено, что при метаболическом синдроме увеличена концентрация индуктора апоптоза - белка р53 и составляет 1,59 (1,36 1,91) У/мл и выявлено наличие сильной положительной связи ($r+0,7$, $p< 0,05$) между концентрациями белка р53 и инсулина, индексом инсулинорезистентности и белком р53 ($r+0,84$, $p< 0,05$).

Ключевые слова: инсулинорезистентность, апоптоз, белок р53, метаболический синдром.

Актуальность. Апоптоз – это процесс, который представляет собой эволюционно развитый, физиологический механизм клеточной гибели, который регулирует клеточную массу и архитектуру многих тканей. При этом имеют место определенные цитологические маркеры и молекулярные процессы [3]. Апоптоз в последние годы стал предметом интенсивных исследований. Это говорит о понимании роли данного процесса не только в судьбе отдельных клеток и тканей, но и его значении в возникновении и развитии ряда заболеваний, в том числе и процессах старения. Звеном, регулирующим запуск процесса апоптоза, является белок р53. Постоянная высокая активность протеина р53 приводит к процессам преждевременного старения.

Среди многочисленных состояний организма человека привлекает внимание метаболический синдром (МС). МС лежит в основе развития и прогрессирования атеросклероза, сахарного диабета 2-го типа, артериальной гипертензии. В основе развития МС лежит инсулинорезистентность (ИР), представляющая собой нарушенный биологический ответ периферических тканей организма на воздействие инсулина.