

**ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ
ГЕНОВ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ТРОМБОФИЛИЙ
НА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ
ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ
ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ БРЮШНОЙ АОРТЫ
И АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Лазаренко В.А.

зав. кафедрой хирургических болезней факультета последипломного образования, д-р мед. наук, профессор,
ГБОУ ВПО Курский государственный медицинский университет,
Россия, г. Курск

Парфенов Е.И.

аспирант кафедры хирургических болезней факультета последипломного образования,
ГБОУ ВПО Курский государственный медицинский университет,
Россия, г. Курск

Чурносов М.И.

зав. кафедрой медико-биологических дисциплин, д-р мед. наук, профессор,
ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Россия, г. Белгород

Бобровская Е.А.

доцент кафедры хирургических болезней факультета последипломного образования, канд. мед. наук, доцент,
ГБОУ ВПО Курский государственный медицинский университет,
Россия, г. Курск

Исследовалась ассоциация генетических полиморфизмов генов наследственных тромбофилий 1691G/A *FV*, 20210G/A *FII*, 677 C/T *MTHFR*, 455 G/A *FGB* с клинико-лабораторными показателями липидного обмена и факторов гемостаза 119 больных (мужчин) перенесших реконструктивные оперативные вмешательства на брюшной аорте и артериях нижних конечностей, разделенные на три группы. В первую группу вошли больные с тромбозом зоны реконструкции в первые 6 месяцев после операции (n=44), вторую группу составили пациенты без тромбоза зоны реконструкции (n=40), третья группа состояла из мужчин без признаков облитерирующих заболеваний аорты и артерий нижних конечностей (n=35). В ходе сравнительного анализа достоверно выявлена ассоциация генетического варианта 20210 GA *FII* с повышенным уровнем гомоцистеина и D-димера в крови. Генетических вариант 455 GA *FGB* и 455 AA *FGB* с повышенным уровнем D-димера в крови. Генетические варианты 677 CT и 677 TT *MTHFR* связаны с повышением уровня триглицеридов в крови и укорочением тромбинового времени, а генотип 677 TT *MTHFR* ассоциирован со сниженным уровнем липопротеидов высокой плотности в крови.

Ключевые слова: гены, наследственные тромбофилии, лабораторные показатели, оперативное лечение, тромбоз.

Факторы риска тромбообразования и механизмы формирования тромбофилических состояний, создающие высокий риск развития тромбозов и

тромбоэмболий, во многом определяют дальнейшее течение и последующий прогноз заболевания, как раннем послеоперационном периоде, так и в отдаленные сроки [5]. Современные диагностические лабораторные методы позволяют выявить нарушения гемостаза на дооперационном этапе, и далее контролировать качество проводимой терапии в послеоперационном периоде. Одним из основных и широко доступных методов исследования и контроля состояния системы гемостаза является коагулограмма [1], а так же некоторые отдельные исследования свертывающей системы крови, такие как антитромбин, D-димер и гомоцистеин [3], выделяемые из сыворотки крови больного. Гипергомоцистеинемия развивается вследствие повышения концентрации гомоцистеина к плазме крови и участвуя в формировании как венозных, так и артериальных тромбозов. Способствуя развитию эндотелиальной дисфункции, активируя тромбоциты, гипергомоцистеинемия приводит раннему развитию атеросклероза и тромбоза коронарных, церебральных и периферических артерий [7, 8, 9], нарушению липидного обмена [2]. Анти тромбин, играет центральную роль в ингибировании коагуляции и воспалительных процессов сосудистого эндотелия, является основным ингибитором тромбина и других сериновых протеаз, в том числе факторов Ха и IXa [12]. Измененные его уровни в плазме крови, повышают риск тромбообразования в венозном и артериальном руслах [14,15]. Роль нарушения обмена липидов в развитии атеросклероза на сегодняшний день не вызывает сомнений. В патогенезе атерогенной дислипидемии ведущую роль играет нарушенный метаболизм липопротеидов, богатых триглицеридами [7]. Продукты такого нарушенного липидного обмена обладают выраженным тромбогенным влиянием на факторы физиологической системы гемостаза [13]. D-димер – это специфический продукт деградации фибрина, является диагностическим маркером активации системы гемостаза, который отражает процессы как образования фибрина, так и его лизиса [11]. Повышение его концентрации выше 0,5 мкг/мл свидетельствует о высоком риске развития тромботических осложнений.

Коагулограмма в клинической практике наиболее доступный способ контроля за терапией непрямими антикоагулянтами и определения расположенности к ряду гиперкоагуляционных состояний. Так, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) отражает активность всех факторов свертывания, кроме фактора VII и используется для оценки состояния плазменного гемостаза при различных заболеваниях в предоперационном периоде и в контроле терапии нефракционированным гепарином [16]. Протромбиновое время – скрининговый тест для оценки внешнего каскада свертывания плазмы, в основном для определения активности фактора VII, контроля за лечением непрямими антикоагулянтами, в исследовании системы гемостаза у больных при подготовке к оперативным вмешательствам.

Цель исследования – изучить взаимосвязь генетических полиморфизмов генов наследственных тромбофилий с клинико- лабораторными показателями в формировании риска развития раннего тромбоза зоны реконструкции у больных после реконструктивных операций на брюшной аорте и артериях нижних конечностей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

Исследованы образцы ДНК 119 больных (мужчин) перенесших реконструктивные оперативные вмешательства на брюшной аорте и артериях нижних конечностей, выделенные из венозной крови, взятой из кубитальной вены в объеме 5 мл с последующей обработкой методом фенол-хлороформной экстракции. Исследование полиморфизма проводили с помощью методов полимеразной цепной реакции с использованием стандартных олигонуклеотидных праймеров с последующим анализом полиморфизма генов 1691G/A *FV*, 20210G/A *FII*, 677 C/T *MTHFR*, 455 G/A *FGB* методом TaqMan зондов с помощью real-time ПЦР. Проводился забор венозной крови для клинического обследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, включая показатели липидного профиля: липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды очень низкой плотности (ЛПОНП), триглицериды, холестерин. Коагулограмма: протромбиновый индекс (ПТИ), тромбиновое время (ТВ), АЧТВ, фибриноген, уровень гомоцистеина, антитромбина, D-димера. Количественное определение D-димера проводилось иммунотурбидиметрическим методом в плазме человека на анализаторе OLYMPUS (Япония) [5]. Определение антитромбина проводилось кинетическим колориметрическим тестом на аппарате COBAS INTEGRA 800 (Германия-Швейцария) [4,5].

Статистическую обработку данных проводили с помощью программного обеспечения Microsoft Excel 7 и программы Statistica 6,0.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Исследуемая когорта (n=119) разделена на три группы. Первую группу составили больные, после реконструктивных операций на брюшной аорте и артериях нижних конечностей, у которых развилась тромботическая окклюзия зоны реконструкции в течение первых 6 месяцев (n= 44), во вторую группу вошли больные, перенесшие аналогичные операции, не имеющие признаков тромбоза в зоне реконструкции по истечению 6 месяцев (n=40) и контрольную группу мужчин, без признаков хронических облитерирующих заболеваний аорты и артерий нижних конечностей (n=35). При анализе ассоциаций генетических полиморфизмов 1691G/A *FV*, 20210G/A *FII*, 677 C/T *MTHFR*, 455 G/A *FGB* с клинико-лабораторными показателями в исследуемой выборке индивидов, выявлены значимые связи генетических вариантов наследственных тромбофилий с некоторыми показателями коагулограммы (ТВ, D-димер), уровнем гомоцистеина, показателями липидного профиля (ЛПВП, ЛПОНП, триглицериды).

Распределение всех исследуемых клинико-лабораторных показателей отличается от нормального (уровень значимости для критерия Шапиро-Уилка $p < 0,05$). В связи с этим, для описания данных количественных показателей применяли медиану (M_e) и интерквартильный размах (Q25-Q75).

Установлена ассоциация молекулярно-генетического маркера 20210 G/A *FII* с уровнем гомоцистеина: у индивидов с генотипом 20210 GA *FII* ($M_e=18,7$ мкмоль/л; Q25=17,5 мкмоль/л; Q75=19,9 мкмоль/л) наблюдается

статистически достоверный более высокий уровень гомоцистеина в крови по сравнению с обследуемыми с генотипом 20210 GG *FII* ($M_e=12,1$ мкмоль/л; $Q_{25}=10,4$ мкмоль/л; $Q_{75}=15,4$ мкмоль/л, $p=0,05$) (рис. 1).

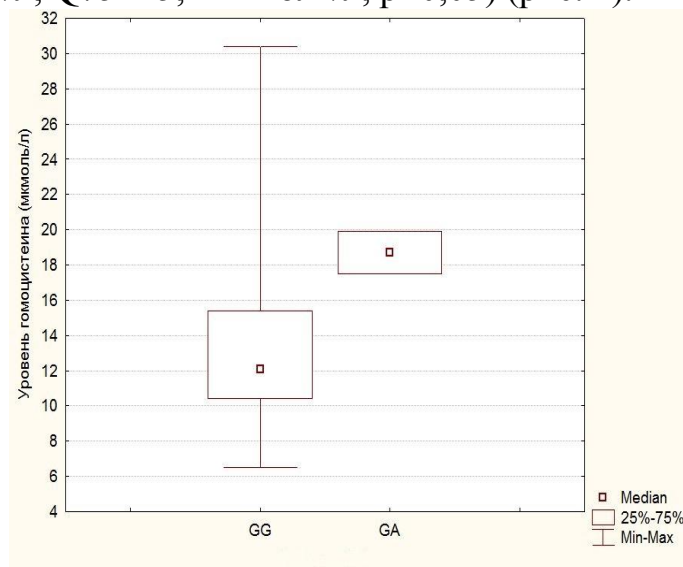


Рис. 1. Ассоциации генотипов локуса 20210 G/A *FII* с уровнем гомоцистеина в крови

Выявлено, что пациенты с генотипом 20210 GA *FII* имеют более высокий показатель D-димера в венозной крови ($M_e=3,04$ мкг/мл; $Q_{25}=2,21$ мкг/мл; $Q_{75}=3,86$ мкг/мл) по сравнению с индивидами, имеющими генотип 20210 GG *FII* ($M_e=1,05$ мкг/мл; $Q_{25}=0,39$ мкг/мл; $Q_{75}=3,01$ мкг/мл, $p=0,05$) (рис. 2).

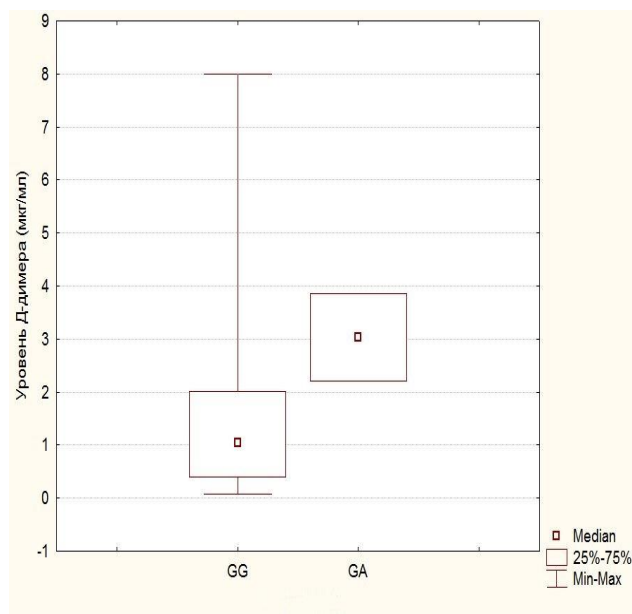


Рис. 2. Уровень D-димера в крови в зависимости от генетических вариантов локуса 20210 G/A *FII*

Также установлена связь генетического полиморфизма 455 G/A *FGB* с уровнем D-димера в венозной крови. У индивидов с генотипами 455 GA *FGB* и 455 AA *FGB* уровень D-димера ($M_e=1,17$ мкг/мл; $Q_{25}=0,44$ мкг/мл; $Q_{75}=2,21$ мкг/мл) более высокий по сравнению с индивидами, имеющими генотип 455 GG *FGB* ($M_e=0,98$ мкг/мл; $Q_{25}=0,35$ мкг/мл; $Q_{75}=2,04$ мкг/мл, $p=0,03$) (рис. 3).

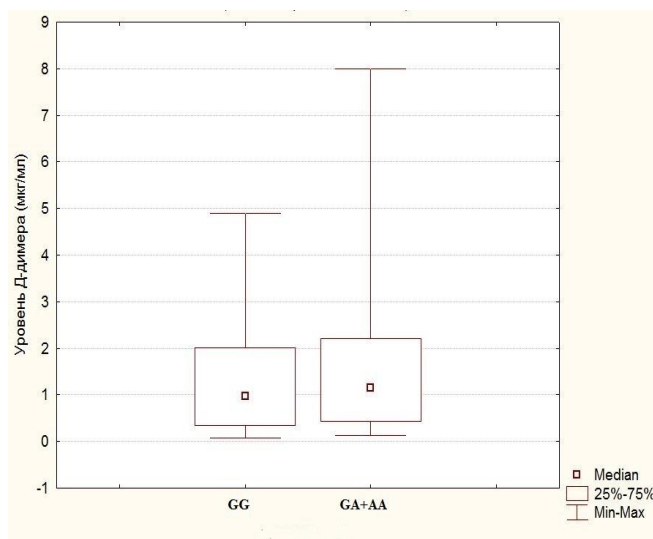


Рис. 3. Ассоциации генотипов 455 G/A *FGB* с уровнем D-димера в крови

При исследовании индивидов с генотипами 677 ТТ *MTHFR* и 677 СТ *MTHFR* выявлен более высокий интерквартильный размах уровня триглицеридов крови ($M_e=1,45$ ммоль/л; $Q_{25}=1,21$ ммоль/л; $Q_{75}=2,01$ ммоль/л), по сравнению с индивидами с генотипом 677 СС *MTHFR* ($M_e=1,5$ ммоль/л; $Q_{25}=1,20$ ммоль/л; $Q_{75}=1,90$ ммоль/л, $p=0,03$) (Рис. 4). Установлена статистически значимая связь между генетическими вариантами локуса 677 С/Т *MTHFR* и уровнем липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) в крови у индивидов исследуемой выборки. У индивидов с генотипом 677 ТТ *MTHFR* уровень ЛПВП крови статистически достоверно ниже ($M_e=0,89$ ммоль/л; $Q_{25}=0,71$ ммоль/л; $Q_{75}=1,08$ ммоль/л), чем у индивидов с генотипами 677 СС *MTHFR* и 677 СТ *MTHFR* ($M_e=1,10$ ммоль/л; $Q_{25}=0,92$ ммоль/л; $Q_{75}=1,28$ ммоль/л), $p = 0,05$) (Рис.4).

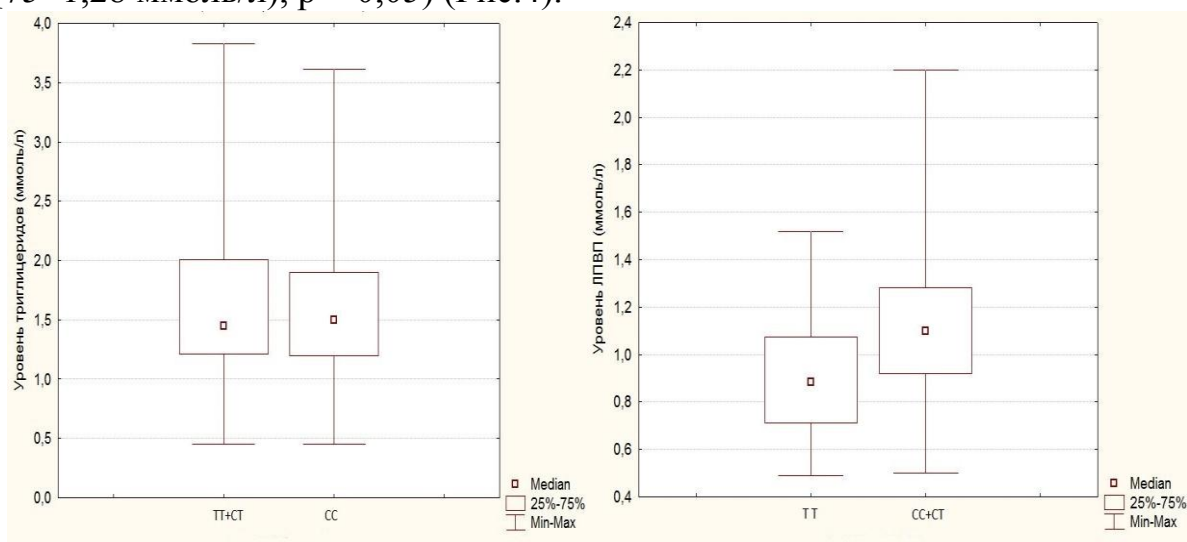


Рис. 4. Уровень триглицеридов и ЛПВП в крови в зависимости от генетических вариантов локуса 677 С/Т *MTHFR*

Обнаружена ассоциация молекулярно-генетического маркера 677 С/Т *MTHFR* с показателем системы гемостаза – тромбиновым временем (ТВ). Выявлено статистически достоверное снижение ТВ у индивидов с генотипами 677 ТТ и СТ *MTHFR* ($M_e=15$ сек; $Q_{25}=15$ сек; $Q_{75}=16$ сек), по сравнению

с исследуемыми с генотипом 677 CC *MTHFR* ($M_e=16$ сек; $Q_{25}=15$ сек; $Q_{75}=15$ сек, $p=0,005$) (рис. 5).

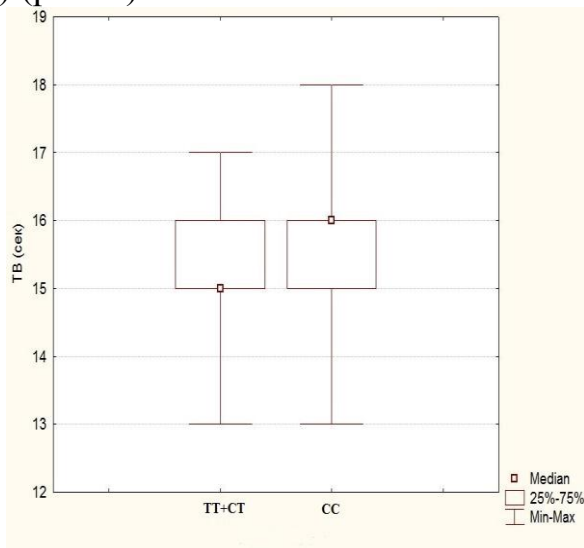


Рис. 5. Ассоциации генотипов 677 С/Т *MTHFR* с показателями ТВ

Таким образом, вовлеченность исследуемых генетических полиморфизмов наследственных тромбофилий (20210G/A *FII*, 677 С/Т *MTHFR*, 455 G/A *FGB*) связана с рядом клинико-лабораторных показателей и ассоциируется с развитием ранних тромботических осложнений в послеоперационном периоде в исследуемой группе. Выявлено, что генетический вариант 20210 GA *FII* коррелирует с повышенным уровнем гомоцистеина и D-димера в крови. Также с повышенным уровнем D-димера в крови ассоциированы генетические варианты 455 GA *FGB* и 455 AA *FGB*. Генетические варианты 677 СТ и 677 ТТ *MTHFR* связан с повышением уровня триглицеридов в крови и укорочением тромбинового времени, а генотип 677 ТТ *MTHFR* ассоциирован со сниженным уровнем липопротеидов высокой плотности в крови.

Список литературы

1. Вавилова Т.В. Лабораторные исследования в мониторинге антитромботической терапии / Новости хирургии. – 2010.- Т.18. – №3.- С. 150-161.
2. Казанцев А.В., Корымасов А.В. Исследование системы гемостаза и маркеров дисфункции эндотелия у больных с облитерирующим атеросклерозом бедренно-подколенной локализации / Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация – 2010. – Т.12. – №22. – С. 80-85.
3. Лазаренко В.А., Бобровская Е.А., Сорокин А.В. Гипергомоцистеинемия: периферический атеросклероз и реконструктивная хирургия // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2014. – №4. – С. 63-66.
4. Мамаев А. Н. Классификационные признаки коагулометров / Клиническая лабораторная диагностика. – 2002. – № 10. – С. 32.
5. Момот А. П., Мамаев А. Н. Новый отечественный активатор протеина С и его применение для диагностики тромбофилий // Клиническая лабораторная диагностика. – 2002. – № 9. – С. 25.
6. Момот А. П., Цывкина Л. П., Тараненко И. А. Современные методы распознавания состояния тромботической готовности: монография; под ред. А. П. Момота. – Барнаул: Изд-во Алтайского государственного университета, – 2011. – 138 с.

7. Солошенкова О.О. Дислипидемии в клинической практике. Часть 1. / О.О. Солошенкова, И.И. Чукаева, Н.В. Орлова // Лечебное дело. – 2009.-№3.- С.12-17.
8. Тарханова И.Ю. Влияние гомоцистеина на гемостаз у больных артериальной гипертензией / И.Ю. Тарханова, М.М. Фазлыев, Г.Х. Мирсаева // Материалы 4-й Всероссийской научной конференции «Клиническая гемостазиология и гемореология в сердечно-сосудистой хирургии» М.: – 2009. – С. 511-511.
9. Федосеева А.А. Гомоцистеин сыворотки крови и некоторые показатели гемостаза при дегенеративно-дистрофических заболеваниях тазобедренного сустава / А.А. Федосеева, Д.Я. Алейник // Медицинских альманах. – 2012. – № 1. – С.149-152.
10. Шмелева В.М. Состояние окислительных и антиокислительных систем у больных с атеросклерозом при наличии и отсутствии гипергомоцистеинемии / В.М. Шмелева, Л.И. Рыбакова // Казанский медицинский журнал. – 2008. – № 3. – С. 281-285.
11. Adam S.S. D-dimer antigen: current concepts and future prospects / Adam S.S., Key N. S., Greenberg C. S. // Blood. – 2009. – Vol. 113. – № 13. – P. 2878-2887.
12. Khor B, Laboratory tests for antithrombin deficiency / Khor B, Van Cott E.M. // Am. J. Hematol. -2010. – Vol.85.-P. 947.
13. Marcucci R. Increased plasma levels of lipoprotein(a) and the risk of idiopathic and recurrent venous thromboembolism / Marcucci R., Liotta A.A., Cellai A.P., Rogolino A., Gori A.M., Giusti B., Poli D., Fedi S., Abbate R., Prisco D. // Am. J. Med.- 2003.-Vol. 115.- P. 601-605.
14. Mild antithrombin deficiency and risk of recurrent venous thromboembolism: a prospective cohort study / Di Minno M.N., Dentali F., Lupoli R., Ageno W. // Circulation. – 2014. – Vol. 129(4).- P. 497-503.
15. Phillippe H.M. Inherited Thrombophilia / Phillippe H.M., Hornsby L.B., Treadway S., Armstrong E.M., Bellone J.M. // J. Pharm. Pract. -2014. -Vol. 27(3). – P. 227-233.
16. Vandiver J.W. Antifactor Xa levels versus activated partial thromboplastin time for monitoring unfractionated heparin / Vandiver J.W., Vondracek T.G. // Pharmacotherapy. – 2012. – Vol. 32(6). – P. 546-558.

ВНЕДРЕНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА НИУ «БелГУ»

Лесных И.Н.

преподаватель Медицинского колледжа Медицинского института,
ФГАОУ ВПО НИУ «БелГУ», Россия, г. Белгород

В статье рассматриваются результаты проведенного исследования образа жизни, состояния функциональных возможностей организма и здоровья студентов 1-го курса Медицинского колледжа Медицинского института ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» (МК МИ НИУ «БелГУ»), на основании которых сформирован банк данных состояния здоровья обучающихся непосредственно по месту учебы. Определены основные причины нарушения состояния здоровья и образа жизни подростков с целью дальнейшей коррекции в процессе обучения и внедрения здоровьесберегающих технологий в образовательный процесс.

Ключевые слова: здоровье, здоровый образ жизни (ЗОЖ), автоматизированное скрининг-обследование, здоровьесбережение, здоровьесберегающие образовательные технологии.

Здоровье молодого поколения – важный показатель качества жизни общества и государства, отражающий не только настоящую ситуацию, но и