

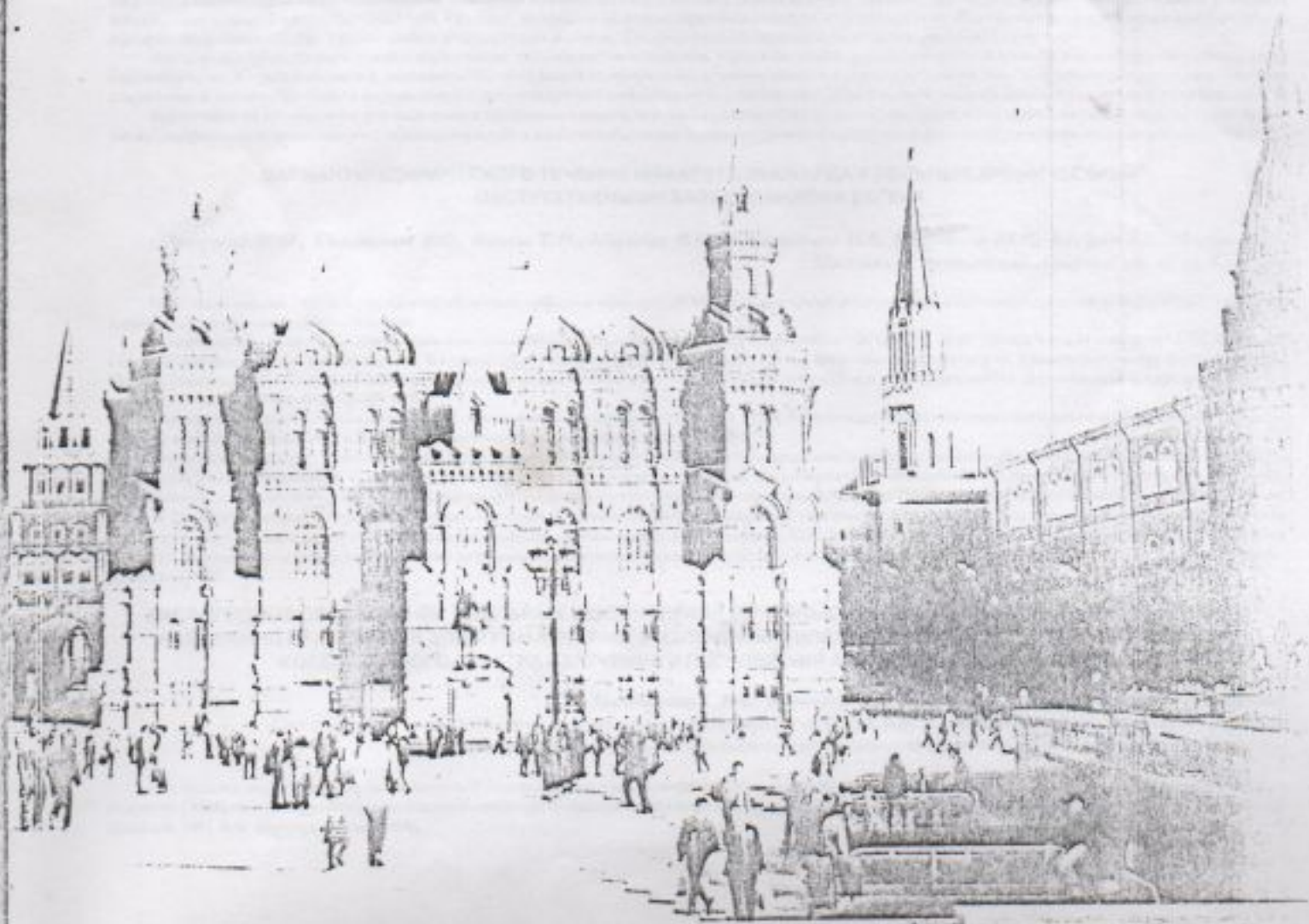


РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ

КАРДИОЛОГИЯ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Тезисы докладов

Москва, 9-11 октября 2001



СОСТОЯНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА И СУТОЧНЫЙ РИТМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ С ЭПИЗОДАМИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Мазур Е.С., Мазур В.В., Тихид Б., Озар И.,
Государственный медицинский университет, г. Тверь

Цель исследования - изучить взаимосвязь между состоянием левого желудочка сердца, особенностями суточного профиля артериального давления (АД) и эпизодами безболевой ишемии миокарда (БИМ) у больных стенокардией напряжения, получающих эффективную антиинфарктную терапию.

Экспериментально-анализическое исследование (апрель-июль 2000) в когортной группе суточной мониторирования АД (СМАД) 24 часа (монитор «Кардиотехника-400», АД-монитор) 137 больных стенокардией напряжения II-III функциональных классов (возраст в среднем 55-65 лет). Исследования проводились в условиях стационара на фоне постоянной антиинфарктной терапии, при соблюдении всех рекомендаций при приеме лекарственных препаратов. При стенокардии напряжения у больных с массой миокарда (ММ) в норме (ММ/кг) колебались в пределах нормы (КДП) фракция выброса (ФВ) и нарушена диастолическая функция (ДФ). По данным СМАД регистрировались нарушения суточного профиля систолического (С/САД) и диастолического (Д/ДАД) АД, выявляющиеся, в среднем, процентом среднисуточных уровней АД ниже нормы, чем днем. Индекс ночного снижения (Н/САД) регистрировался как «типичный» и в среднем ориентировочно был равен 100% и в среднем составил более 13 мм.

У 94 больных (1-я группа) при мониторировании не было выявлено эпизодов БИМ, у 33 (2-я группа) эпизоды БИМ отмечались нечасто (единично в течение суток) и в 10 (3-я группа) - как часто, так и часто. Между 1-й и 2-й группой не отмечено достоверных различий средних значений ММ/кг (122,5±4,1 и 103,2±5,1 г/кг), КДП (64,4±3,2 и 52,7±4,3 мм/с), ФВ (59,2±2,0 и 64,4±2,2) и числа больных с Н/ДАД (51,7 и 66,7%). Не было различий и по величине С/САД (8,3 и 7,3%) и Д/ДАД (7,8 и 5,7%). У больных 3-й группы средние значения ММ/кг (131,5±3,5 г/кг) и КДП (82,3±3,9 мм/с) были достоверно выше, а ФВ (48,0±4,8%), С/САД (10,0±3,1%) и Д/ДАД (1,7±3,4%) достоверно ниже, чем у больных 1-й (р=0,001) и 2-й группами (р=0,05). Различий в частоте выявления Н/ДАД (40,0%) не отмечено.

Таким образом, у 34% больных стенокардией напряжения, получающих эффективную антиинфарктную терапию, при суточном мониторировании ЭКГ выявлены эпизоды БИМ. Между больными без эпизодов БИМ и эпизодами БИМ в течение суток не выявлено существенных различий по основным параметрам левого желудочка сердца и особенностям суточного профиля АД. У больных с эпизодами БИМ наиболее артефицированы характерны дисфункция левого желудочка, нарушения систолической функции и увеличение разницы между уровнями АД в дневное и ночное время. Выявление взаимосвязи и выявление причин нарушения данных при проведении лечебных и реабилитационных мероприятий требует дальнейшего изучения.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ СОСУДОВ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПО ДАННЫМ НЕФРОБИПСИИ

Мазуренко С.О., Владимиров В.А., Шинкин А.И.

Кафедра терапии медицинского факультета Государственного университета, г. Санкт-Петербург

Изучение почек в патогенезе артериальной гипертензии постоянно обсуждается в научной литературе.

Цель исследования - в экспериментальной работе установить, каковы количественно-качественные изменения в почечных сосудах у больных с артериальной гипертензией, основываясь на материалах артериальной биопсии почек, выявляющих структурные нарушения: склерозирование, гипертрофию, и гипертрофию, а также провести сравнительный анализ определенных параметров в различных группах больных.

Методом исследования группу больных (n=64) пациентов с артериальной гипертензией с систолическим давлением больше 140, диастолическое больше 90 мм рт.ст. (среднее 160±57 мм рт.ст.) у которых в результате гистологического исследования биопсии почек выявлено диффузное гломерулярное поражение в виде склерозирования клубочков, диффузного склерозирования артериол, склерозирования артерий, оценивали количественно с помощью специальной методики. Распределение по полу было следующим: мужчины 35 (53,8%), женщины 29 (46,2%). Все пациенты были разделены на две основные группы: первичной артериальной гипертензией (33 пациента) - 47,7% и вторичной гипертензией (31 пациент) - 48,3%. Вторичная гипертензия была вызвана в большинстве случаев заболеваниями сердечно-сосудистой системы: атеросклерозом коронарных артерий (17 пациентов) - 52,9%, у которых в результате биопсии почек выявлено диффузное поражение артерий гипертензией. Все сосуды в срезах были условно разделены на три группы: артериолы и мелкие артерии с диаметром менее 50 мкм, артерии с диаметром от 80 мкм до 140 мкм, артерии с диаметром от 150 до 300 мкм. Для оценки степени утолщения внутренней эластической пластинки (ЭЛ) и толщины просвета сосуда (S3) применяли характерную степень утолщения всей сосудистой стенки сосуда по формуле: S1-S3/S1*100. Степень характерной степени утолщения эластической пластинки по формуле: S2-S3/S2*100. Гипертрофия артерий и мелких артерий был оценен количественно. Для сравнения средних значений использовали критерий Вилкоксона (Mann-Whitney) для парных сравнений выборок. Также был выполнен качественный анализ корреляции S1 и S2.

В результате проведенного анализа мы выявили, что в сосудах гипертонических больных в первую очередь поражаются артериолы, а в более поздних стадиях гипертонии, а также в случаях системической, так и диастолической гипертонии. При этом статистически значимой разницы в выраженности гипертонии артерий в обеих группах, у пациентов с первичной артериальной гипертензией, не отмечено.

Таким образом, на основании полученных данных мы пришли к выводу, что степень поражения сосудов почечного русла больных, как и функциональной гипертензии, так и гипертензии на фоне склерозирования почек, и гипертонии эластической пластинки зависит от уровня артериального давления и длительности артериальной гипертензии.

ВАРИАНТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Мазурова О.М., Соловьев А.С., Иванова Т.Н., Маринин В.Ф., Гайдарова Н.Е., Курдюкова Ю.Р., Шибко Е.А., Фалкина Н.Г.,
Московский медицинский университет им. И.М. Сеченова

Цель исследования - изучить особенности течения инфаркта миокарда (ИМ) у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОБЛ) на данных клинико-инструментальных исследований.

Материалы и методы. Постобсервационное исследование 60 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) старше 40 лет (36 мужчин и 24 женщины). ИБС сочетается с бронхитом и эмфиземой (БЭ) у 42 пациентов. БА средне-тяжелого течения, атипичного характера у 28 больных, тяжелого течения у 14. Хронический обструктивный бронхит (ХОБ) у 18 больных. Все больные страдали различными формами ИБС и в течение 2-7 лет, средним 18 человек перенесли ИМ. Длительность БА средне-тяжелого и тяжелого течения и ХОБ составила 10-15 лет.

Параллельно клиническим обследованию были выполнены ЭКГ, ЭХО-КГ, кислородные функции внешнего дыхания (ФВД), у части больных - суточное мониторирование ЭКГ и АД, а также радиовольтажное сканирование коронарных артерий (РРВГ).

Результаты. Выявлены 4 варианта клинического течения ИМ у пациентов с ХОБЛ: у 9 больных диагностирован типичный вариант, характерный для острого ИМ левого желудочка; у 4 больных - атипичный, развивающийся по типу прехитуса; у 2 больных - атипичный ИМ с дисперсией, характерный для острого ИМ левого желудочка; у 3 больных был выявлен безболевой ИМ. Последний вариант зарегистрирован на основании данных РРВГ и значительной дисперсии биомаркеров ИМ в венозной крови. У 2 пациентов острый ИМ развился на фоне передолевой систолической блокады на фоне атипичного течения и типичный вариант в возрасте 20 раз в сутки.

Таким образом, параллельно выявлены варианты течения острого ИМ у больных с ХОБЛ. ИМ может распространяться на правый желудочек, протекать в виде атипичного или безболевой ишемии и возникать на фоне передолевой систолической блокады. Длительность заболевания в трудных случаях позволяет расширить РРВГ.

КИСЛОРОДНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА - ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПОМОЩИ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ МИЛЛИМЕТРОВОГО ДИАПАЗОНА НА ЧАСТОТАХ МОЛЕКУЛЯРНОГО СПЕКТРА ИЗЛУЧЕНИЯ И ПОГЛОЩЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО КИСЛОРОДА

А.В. Майорович*, В.Ф. Киричук, Л.И. Машкова, А.И. Кремнев*, В.Д. Тувикин*

Саратовский государственный медицинский университет, кафедра нормальной физиологии человека, г. Саратов
ОАО Центральный научно-исследовательский институт измерительной аппаратуры, г. Саратов

Центральное место в патогенезе ишемической болезни сердца занимает нарушение в системе кислородного обеспечения тканей и органов. Электромагнитное излучение (ЭМИ) миллиметрового диапазона многоквантовым расщепляется как один из вероятных механизмов информационной обработки в живом организме [1, 2]. Девятков, 1992; В.Ф. Киричук и соавт., 1999].

