

2. Подрабинек, А. Карательная медицина/А. Подрабинек// Электронная библиотека [электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.koob.ru/podrabinek_alex/podrabinek_karatelnaja_medicina. - Дата доступа: 08.09.2012.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИБС С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ХСН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА

***Дешко М.С., Пырочкин В.М., Снежицкий В.А., Смирнов В.Ю.,
Рубинский А.Ю.***

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Несмотря на большое количество способов оценки риска неблагоприятного исхода при хронической сердечной недостаточности (ХСН), предсказывающая ценность их редко достигает 40% [1,2]. Особенно неблагоприятным осложнением у больных с ХСН являются желудочковые нарушения ритма (ЖНР), которые являются фактором риска внезапной аритмической смерти и непосредственной причиной развития и прогрессирования ХСН [1].

Взаимосвязи между клиническими маркерами ХСН и показателями сердечного ритма, а также риском возникновения желудочковых аритмий у пациентов с ХСН, до сих пор недостаточно изучены, что не позволяет использовать результаты обычно применяемых в клинике инструментальных и лабораторных методов обследования для прогнозирования развития ЖНР у больных.

В настоящее время предлагается использование ряда биохимических тестов для оценки риска прогрессирования ХСН и развития ЖНР [3], среди которых – оценка состояния систем биогенныхmonoаминов, серусодержащих аминокислот, включая формирование пула таурина [4], содержание общего гомоцистеина [5,6] наряду с определением мозгового натиуретического пептида (BNP). Представляется рациональным строить обоснование эффективности таких тестов на комплексной оценке их результатов и результатов клинико-

инструментальной диагностики, включая показатели вариабельности сердечного ритма и эхокардиографического исследования.

Цель работы: клиническая характеристика больных ИБС с проявлениями ХСН в зависимости от наличия у них ЖНР, выявление связей между исследуемыми клинико-лабораторными показателями показателями.

Материалы и методы. Были обследованы 50 больных ИБС, в том числе 25 – с желудочковыми нарушениями ритма.

Среди больных без ЖНР было 4 больных с ХСН ФК I, 17 - с ФК II и 4 - с ФК III. Среди больных с ЖНР – соответственно 5, 13 и 5, а также 1 больной с ФК IV и 1 больной с ФК 0. 6 больных без ЖНР имели недостаточность кровообращения Н1, все остальные – Н2а. В группе с ЖНР было 9 больных с Н1, 3 - с Н2б, остальные – с Н2а.

Обе группы - были сопоставимыми с точки зрения распределения по функциональным классам ХСН и степени недостаточности кровообращения, по распределению по функциональным классам стенокардии. В качестве контрольной группы обследованы 30 практически здоровых лиц в возрасте 48 (41-53) лет.

Уровень С-реактивного белка (СРБ) определяли в сыворотке крови количественно методом латексной турбидиметрии. Уровень BNP определяли методом ИФА.

Для исследования вариабельности сердечного ритма (ВСР) использовали 5-минутную запись ЭКГ

Данные обрабатывали с помощью t-критерия Стьюдента для независимых выборок с учетом сравнения дисперсий и контролем нормальности, его результаты проверялись медианным тестом. Корреляционные связи между определенными переменными в пределах групп определяли непараметрическим методом (по Спирмену).

Результаты и обсуждение.

У больных ИБС без ЖНР имела место тенденция к гипокалиемии (достоверное отличие от контроля), которая отсутствовала при наличии ЖНР (достоверное отличие от группы без ЖНР). Последнее сопровождалось достоверно более высокими значениями концентраций креатинина, чем у больных без

ЖНР, хотя содержание как креатинина, так и мочевины было достоверно выше контрольных значений у больных обеих групп.

Пациенты не различались по уровню BNP в зависимости от наличия ЖНР. Абсолютные значения концентрации BNP соответствовали функциональному классу ХСН.

По отношению к имеющимся данным о средних популяционных значениях временных и спектральных параметров ВСП пациенты с ИБС и ХСН, независимо от наличия ЖНР, характеризовались сниженной вариабельностью, преобладанием симпатического отдела вегетативной нервной системы. Вместе с тем, пациенты без ЖНР характеризовались более низким значением общей мощности регуляторных влияний модуляции сердечно-сосудистой деятельности. При этом у пациентов с ЖНР отмечен более высокий относительный вклад очень низкочастотной составляющей спектра, что отражает более выраженную дисфункцию механизмов, обеспечивающих функционирование сердечно-сосудистой деятельности с преобладанием гуморально-метаболических звеньев, не способных поддерживать гомеостаз, по отношению к нейровегетативным.

У обследованных больных ИБС регистрировалась более выраженная гипертрофия миокарда левого желудочка, чем в контрольной группе, хотя достоверные различия в зависимости от наличия ЖНР отсутствовали. Однако, пациенты, у которых регистрировались желудочковые нарушения ритма, характеризовались большими значениями линейных и объёмных величин левого желудочка, причем различия были достоверны по отношению как к контролю, так и к группе больных без ЖНР, т.е. имела место дилатация левого желудочка, по крайней мере в части наблюдений. Однонаправленные изменения имели место и в отношении систолической функции левого желудочка: фракция выброса у пациентов с ИБС и ЖНР была ниже, чем в контроле и у больных ИБС без ЖНР.

Таким образом, показатели эхокардиографического исследования, мониторирования ЭКГ и ЭКГ высокого разрешения при самостоятельном применении не позволяют с достаточной надежностью разграничить группы больных ИБС с ХСН, отличающихся по наличию или отсутствию ЖНР. Для

этого необходим комплексный учет этих данных вместе с биохимическими показателями, характеризующими метаболизм в сердечной мышце и регуляцию сердечно-сосудистой деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bigger, J.T. Identification of patients at high risk for sudden cardiac death / J.T. Bigger // Am.J.Cardiol. - 1984. - Vol. 54, № 14. - P. 3D-8D.
2. Bozkurt, B. Use of biomarkers in the management of heart failure / B. Bozkurt, D. Mann // Circulation. - 2003. - Vol. 107. - P. 1231-1233
3. Blair J.E., Manuchehry A., Chana A. et al. Prognostic markers in heart failure: congestion, neurohormones, and the cardiorenal syndrome // Acute Card. Care. - 2007. - Vol. 9, № 4. - P. 207-213.
4. Шейбак, В.М. Биологическая роль таурина в организме млекопитающих. / В.М. Шейбак, Л.Н. Шейбак // Медицинские новости. – 2005. – №10. – С. 15–18.
5. Наумов, А.В. Роль нарушений процессов метилирования и обмена метионина в патогенезе заболеваний человека // Журнал ГрГМУ. – 2007. – №1. – С. 4–7.
6. Сидоренко Г.И., Мойсеенок А.Г., Колядко М.Г., Золотухина С.Ф. Роль гомоцистеина в тромбо- и атерогенезе. Возможности и перспективы витаминной коррекции. // Кардиология, №3. – 2001. – С.56-59.

КЛИНИКО-СОНОГРАФИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Дешук А.Н., Гарелик П.В., Жмакин А.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В целях воспроизведения модели острого холецистита в эксперименте предложено много различных способов, имеющих как свои преимущества, так и свои недостатки.

В исследованиях при моделировании острого холецистита, не учитывался один из основных механизмов его патогенеза – расстройства кровообращения в желчном пузыре: общие и местные сосудистые расстройства по типу ангиоспазма, эмболии и тромбоза ствола или ветвей пузырной артерии; нарушение микроциркуляции в стенке желчного пузыря на фоне системных изменений сосудов и нарушение реологических свойств крови при атеросклерозе, гипертонической болезни,