

**012. ДОПЛЕРОВСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ  
РАССЛАБЛЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ  
ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ У  
БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

**Мухаметзянова Н.А., Сайфутдинов Р.Г.**

Казанская государственная медицинская  
академия, г. Казань, Россия

Медико-санитарная часть ООО Газпромтрансгаз  
Казань

Цикл сердечного сокращения имеет сложную фазовую структуру. Основными ее компонентами являются систолическое изгнание и диастолическое заполнение левого желудочка (ЛЖ). Поступление крови в ЛЖ определяется процессами расслабления и наполнения. Процесс расслабления – энергетически зависимая часть диастолы, обусловленная активным поступлением ионов кальция в саркоплазматический ретикулум кардиомиоцита и растяжением эластических структур миокарда. Он охватывает протодиастолический интервал, период изоволюметрического расслабления и заканчивается в фазу быстрого наполнения ЛЖ. Процесс наполнения ЛЖ начинается в период ранней диастолы, максимально проявляясь в фазу диастазиса и систолу предсердий. Процесс наполнения является пассивной частью диастолы, отражающей податливость, растяжимость камеры ЛЖ. На сегодняшний день остается недостаточно изученным состояние процессов расслабления ЛЖ у больных гипертонической болезнью (ГБ) без гипертрофии ЛЖ.

**Цель:** изучение периода расслабления ЛЖ методом доплер-ЭХОКГ. При этом оценивали все хронометрические и скоростные показатели кардиоцикла.

**Материал и методы:** на ультразвуковом аппарате "ACUSON SEQUOIA 512" обследовано 95 больных (56 мужчин, 39 женщин) в возрасте от 32 до 65 лет, страдающих ГБ без сопутствующих заболеваний. Средний возраст мужчин  $45,5 \pm 1,1$  года, женщин -  $48,1 \pm 1,09$  года. Контроль состоял из 44 мужчин (средний возраст  $45,1 \pm 1,9$ ) и 34 женщин (средний возраст  $47,0 \pm 1,05$ ). Все измерения осуществляли на протяжении трех сердечных циклов, а затем усредняли.

**Результаты.** Нарушения диастолических показателей выражались в изменении энергетических параметров процесса расслабления: укорочении времени ускорения раннего диастолического наполнения ЛЖ -  $A_{Te}$  ( $p < 0,05$  у муж.,  $p < 0,01$  у жен.), половины времени ускорения пика E -  $E_{at1/2}$  ( $p < 0,01$  у обоих полов), а также увеличения времени изоволюметрического расслабления ЛЖ -  $IVRT$  ( $p < 0,05$  у обоих полов); изменялись показатели активной релаксации ЛЖ -  $A_{Te}/IVRT$ ,  $IVRT/ET$  ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,001$  соответственно у лиц обоего пола). Показатель  $A_{Te}/IVRT$  становился менее 1, а  $IVRT/ET$  - более 0,2 даже при отсутствии достоверного снижения традиционного показателя нарушения трансмитрального потока E/A ( $p > 0,05$ ). У мужчин имелось достоверное увеличение продолжительности времени замедления раннего диастолического наполнения -  $D_{Te}$  ( $p < 0,05$ ) и половины времени замедления пика E -  $E_{dt1/2}$  ( $p < 0,05$ ).

**Выводы:** обнаружение функциональных расстройств ЛЖ, затрагивающих энергетически активные составляющие процесса расслабления, позволяют установить наличие диастолической дисфункции ЛЖ.

### 013. ИЗМЕНЕНИЕ СИСТЕМНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Никитин Е.Н., Жданов А.Н., Никитина Н. А., Ворсин А. А.

ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», г. Ижевск, Россия

**Целью** настоящего исследования явилась оценка показателей гемостаза у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК).

**Материалы и методы.** Исследования системы гемостаза проведены в динамике противоязвенного лечения у 56 пациентов ЯБДПК (39 мужчин и 17 женщин) в возрасте 21-54 (в среднем  $36,13 \pm 2,23$ ) года. Длительность язвенного анамнеза у больных составила 1-15 ( $2 \pm 0,12$ ) лет. Размеры язвенных дефектов колебались в пределах 0,2-1,5 см в диаметре, в среднем  $0,54 \pm 0,04$  см. У обследованных наблюдалось среднетяжелое и тяжелое течение болезни, из них у 8 человек (14,29%) - с эндоскопическими признаками угрозы кровотечения. Для оценки состояния сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза определяли общее количество тромбоцитов в периферической крови, а также адреналин-, коллаген-, ристомицин- и аденозиндифосфат (АДФ)-индуцированную агрегацию тромбоцитов (агрегометр Solar, Белоруссия). Исследование плазменного (коагуляционного) гемостаза проводили с использованием тест-систем фирмы «Технология – Стандарт» (г. Барнаул): активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое (тромбопластиновое) время, тромбиновое время, количество фибриногена и растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК), антитромбин-III (АТ-III). Оценка состояния фибринолитической системы проводили исследованием активности плазминогена в крови.

**Результаты и их обсуждение.** До лечения количество тромбоцитов в периферической крови у больных ЯБДПК было достоверно снижено по сравнению с показателями у здоровых лиц (соответственно  $205,8 \pm 8,07 \times 10^9 /л$  и  $232,1 \pm 3,7 \times 10^9 /л$ ,  $p < 0,01$ ). Параметры АДФ-, адреналин- и ристомицин-индуцированной агрегации тромбоцитов были в пределах нормы, а их коллаген-индуцированная агрегация имела тенденцию к повышению. Существенные изменения наблюдались со стороны показателей коагуляционного гемостаза. Время свертывания крови в АЧТВ-тесте было достоверно укорочено до  $29,51 \pm 0,8$  с при норме  $31,8 \pm 0,73$  с ( $p < 0,05$ ). Выявилось удлинение протромбинового времени свертывания плазмы крови до  $14,73 \pm 0,16$  с (норма  $14,3 \pm 0,1$  с,  $p < 0,05$ ). Показатель тромбинового времени свертывания крови и уровень фибриногена крови достоверно не отличались от параметров здоровых лиц. Концентрация РФМК увеличилась до  $12,87 \pm 3,36$  мг% и в 4,3 раза превысила контрольные значения ( $3,0 \pm 0,1$  мг%,  $p < 0,001$ ). Данный факт