

**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