

327. РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Щербакова А.Г.

Казанский Государственный медицинский университет, г. Казань, Россия.

Крупные эпидемиологические исследования среди общей популяции убедительно продемонстрировали, что гипертрофия левого желудочка является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений, своеобразным маркером повышенной летальности. В формировании гипертрофии левого желудочка принимают участие “традиционные” и “нетрадиционные” факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (связанные со снижением функции почек).

Цель исследования. Изучение формирования ремоделирования левого желудочка у пациентов хроническим гломерулонефритом без артериальной гипертонии на стадиях хронической болезни почек.

Материал и методы. Обследовано 50 больных хроническим гломерулонефритом без артериальной гипертонии, 25 пациентов с артериальной гипертонией, возникшей на 5 стадии хронической болезни почек.. Средний возраст пациентов находился в пределах $47 \pm 5,90$ лет (М/Ж= 39/36). 1 группу составили 25 пациентов 1-2 стадий хронической болезни почек, 2 группу – 25 человек 3-4 стадий хронической болезни почек, 3 группу – 25 пациентов с 5 стадией хронической болезни почек. В группу контроля вошли 30 здоровых пациентов. Исследованы креатинин, мочевина сыворотки крови. Всем больным проводилась эхокардиоскопия.

Результаты и их обсуждение. Артериальное давление больных 1 группы составило $120,8 \pm 2,4/77,5 \pm 1,6$ мм рт ст. 1 группа характеризуется показателями

геометрии левого желудочка в пределах нормы, но при сравнении с группой здоровых лиц, имеет большую толщину межжелудочковой перегородки, массу миокарда левого желудочка и индекс массы миокарда левого желудочка, соответственно: $0,98 \pm 0,03$ см и $0,87 \pm 0,04$ см ($p=0,038$), $184,1 \pm 7,00$ г и $118,62 \pm 9,47$ г ($p=0,000$), $110,1 \pm 3,30$ г/м² и $69,54 \pm 5,23$ г/м² ($p=0,000$). Артериальное давление пациентов 2 группы составило $131,8 \pm 3,47/85,0 \pm 2,60$ мм рт ст. Отмечено увеличение САД и ДАД во 2 группе относительно 1 группы ($p=0,03/0,04$). Индекс массы миокарда левого желудочка у больных 2 группы достоверно не менялся относительно 1 группы ($p=0,787$) и, по-прежнему, в среднем, находился в пределах нормы. 2 группа превосходила группу контроля по толщине межжелудочковой перегородки, массе миокарда левого желудочка, индексу массы миокарда левого желудочка, соответственно $1,1 \pm 0,06$ см и $0,87 \pm 0,04$ см ($p=0,002$), $170,60 \pm 8,60$ г и $118,62 \pm 9,47$ г ($p=0,000$), $107,8 \pm 6,30$ г/м² и $69,54 \pm 5,23$ г/м² ($p=0,000$). У больных 3 группы появляется артериальная гипертония. Стаж артериальной гипертонии в 3 группе составил $1,0 \pm 0,18$ лет. Уровень АД= $166 \pm 7,63$ мм рт ст. Диастолический размер полости левого желудочка, систолический размер полости левого желудочка, толщина межжелудочковой перегородки, толщина задней стенки левого желудочка, индекс массы миокарда левого желудочка у пациентов 3 группы больше, чем в группе контроля, соответственно: $5,15 \pm 0,18$ см и $4,56 \pm 0,1$ ($p<0,01$); $3,26 \pm 0,14$ см и $2,82 \pm 0,11$ см ($p<0,05$); $1,14 \pm 0,07$ см и $0,87 \pm 0,04$ см ($p<0,01$); $1,07 \pm 0,05$ см и $0,85 \pm 0,04$ см ($p<0,01$); $161,72 \pm 12,84$ г/м² и $69,54 \pm 5,23$ г/м² ($p<0,001$). Толщина межжелудочковой перегородки и индекс массы миокарда левого желудочка в 3 группе превосходят нормальные показатели.

Заключение. Таким образом, больные без артериальной гипертонии и нормальными уровнями креатинина и мочевины сыворотки крови имеют индекс массы миокарда левого желудочка в пределах нормальных значений, но больший, чем в группе контроля. С увеличением креатинина и мочевины сыворотки крови толщина межжелудочковой перегородки и индекс массы миокарда левого желудочка у больных хроническим гломерулонефритом без артериальной гипертонии достоверно не увеличиваются, но сохраняются большие, чем в группе контроля. При присоединении артериальной гипертонии на 5 стадии ХБП, индекс массы миокарда левого желудочка и толщина межжелудочковой перегородки превышают нормальные значения.

328. СВЯЗЬ ИНДЕКСА МАССЫ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Щербакова А.Г., Сигитова О.Н.

Казанский Государственный медицинский университет, г. Казань, Россия

Гипертрофия миокарда левого желудочка представляет собой независимый фактор сердечно-сосудистого риска как в общей популяции, так и среди больных хронической болезнью почек.

Цель исследования. Изучение взаимосвязи между индексом массы миокарда левого желудочка и клинико-лабораторными показателями больных хроническим гломерулонефритом в неактивную фазу.

Материал и методы исследования. Обследовано 156 больных первичным хроническим гломерулонефритом в неактивную фазу (М/Ж = 80/76) в возрасте от 17 до 65 лет, средний возраст – $40,23 \pm 1,1$ лет. Стаж заболевания составил от 0,75 до 37 лет, средний стаж – $12,25 \pm 1,0$ лет. Всем проводилось измерение артериального давления. У всех пациентов исследовали общий анализ крови с лейкоцитарной формулой и общий анализ мочи. Оценку функции почек проводили с помощью пробы Реберга-Тареева. Определяли мочевины, креатинин сыворотки крови, липидный спектр, проводилась реносцинтиграфия, эхокардиоскопия.

Результаты и их обсуждение. Проведен корреляционный анализ по методу Пирсона между индексом массы миокарда левого желудочка и клинико-лабораторными показателями в группе больных хроническим гломерулонефритом. Максимальный коэффициент ($k=0,51; p<0,01$) получен при корреляции с креатинином сыворотки крови, что соответствует корреляции средней степени. Несколько ниже коэффициент ($k=-0,40; p<0,01$) корреляции с клубочковой фильтрацией и как с косвенным показателем клубочковой фильтрации – Tmax (временем максимального накопления радиофармпрепарата в тканях почек), по данным ренографии ($k=0,25; <0,05$). Значительное влияние на формирование индекса массы миокарда левого желудочка оказывало артериальное давление, в большей степени систолическое ($k=0,46; p<0,01$), чем диастолическое ($k=0,46; p<0,01$). Несколько ниже связь с гемоглобином сыворотки крови ($k=-0,32; p<0,01$). Имеется связь с показателями функции почек, такими как концентрационная функция, определяемая по показателю удельного веса мочи ($k=-0,37; p<0,01$), секреторно-эвакуаторная функция, обуславливающая показатель ренографии T1/2 (время полувыведения радиофармпрепарата из тканей почек) ($k=0,25; p=0,05$). С уровнем холестерина сыворотки, триглицеридов и липопротеидов низкой плотности не получено достоверной связи.

Заключение. Индекс массы миокарда левого желудочка имеет положительную корреляцию с креатинином сыворотки крови, систолическим и диастолическим артериальным давлением, Tmax, T1/2, по показателям реносцинтиграфии; отрицательную корреляцию – со скоростью клубочковой фильтрации, гемоглобином сыворотки крови и показателем удельного веса утренней порции мочи. Эти данные свидетельствуют о важной роли снижения функции почек и артериальной гипертонии в формировании и нарастании гипертрофии левого желудочка.

329. К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ГЭРБ И ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Юлдашева Г.Р., Хамрабаева Ф.И, Алявия Ф.А

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан