

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