

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) - одна из важных проблем кардиологии, что определяется ее распространенностью и социальной значимостью. Изучение вопросов патогенеза ИБС остается актуальным. В последние годы появилось понятие о так называемом реологическом синдроме у больных ИБС. Этому способствовало то, что в ряде случаев внезапная коронарная смерть, острый инфаркт миокарда развиваются у лиц с непораженными коронарными артериями, и их возникновение объясняют изменением реологических свойств крови (В.А. Люсов, 1985; Ю.Б. Белоусов, 1986; J.F. Stoltz, 1985, и др.).

Реологические свойства крови определяются гематокритом (Ш), вязкостью плазмы, вязкостью крови. Вязкость крови в свою очередь зависит от концентрации эритроцитов, их агрегации, деформируемости, размеров и в меньшей степени от числа лейкоцитов и тромбоцитов. Известно, что Ht влияет на вязкость цельной крови, а также на микрореологические свойства самих эритроцитов (Р.М. Большакова с соавт., 1982; А.А. Малышева, 1986; В.А. Люсов с соавт., 1987; А.С. Парфенов с соавт., 1989, и др.). Авторы показали, что Ht оказывает различное действие: с одной стороны, его высокие значения приводят к увеличению скорости процесса агрегации эритроцитов, а с другой стороны, повышение Ht сопровождается снижением прочности эритроцитарных агрегатов. При высоком Ht увеличивается возможность столкновения эритроцитов друг с другом, приводящая к ускорению процесса агрегации эритроцитов, которые чаще сталкиваются, в результате чего происходит гидродинамическая дезагрегация эритроцитов.

Вязкость крови зависит и от содержания в ней фибриногена, это связано с его большим молекулярным весом и длиной молекулы. Установлено, что в гемореологических нарушениях у больных стенокардией и инфарктом миокарда важную роль играют эритроциты: их деформируемость, агрегационные свойства. Отмечено, что реологические свойства крови при инфаркте миокарда изменяются в прямой зависимости от обширности поражения сердечной мышцы. Так, показатели гемореологии у больных трансмуральным и крупноочаговым инфарктом миокарда выше, чем у больных с мелкоочаговым поражением миокарда и стенокардией (В.А. Люсов, 1986; Ю.Б. Белоусов, 1987).

Работ по изучению концентрации эритроцитов как составляющей вязкости крови у больных ИБС, очень мало. За последние 5 лет о наличии эритроцитозов у больных ИБС найти не удалось.

Целью нашего исследования было установить частоту встречаемости у больных с изолированными эритрозами и панцитозами. Термин «эритрозы» применяют к состояниям, которые характеризуются увеличением в крови числа эритроцитов, Ht и концентрации Hb . Эритроцитозы могут быть первичными или наследственными и вторичными. Вторичные делятся на абсолютные и относительные. Относительные эритроцитозы обусловлены снижением объема циркулирующей плазмы (при отравлениях, тяжелых кишечных инфекциях, повышенном содержании холестерина в сыворотке и мочевой кислоты). Абсолютные эритроцитозы наблюдаются при хронических обструктивных заболеваниях легких, врожденных пороках сердца, иногда приобретенных, гипертрофической кардиомиопатии, первичной легочной гипертензии, карбоксигемоглобинемии у курильщиков, при гипернефроидном раке, поликистозе почек и других заболеваниях.

В данном исследовании наблюдались больные с любыми эритроцитозами. Нас интересовал факт встречаемости ИБС у этих больных.

Под наблюдением было 42 пациента с относительным эритроцитозом. Из них мужчин - 33, женщин - 9. 46 пациентов были с истинной полицитемией. Из них мужчин - 25, женщин - 21. Средний возраст больных с эритроцитозами составил у мужчин $48 \pm 2,3$ года, у женщин - $35 \pm 2,6$.

Характеристика показателей крови у больных с эритроцитозом и панцитозом представлена в таблице 1.

Как видно из таблицы, все исследуемые показатели крови оказались выше при панцитозе.

Анализируя частоту ИБС у обследуемых больных, установлено, что у пациентов с эритроцитозом ИБС наблюдалась у 16 (38%) больных, а с панцитозом - у 25 (54%). ИБС, стенокардия I ФК диагностирована у 3 (7%) больных с эритроцитозом, причем только у мужчин. При полицитемии - только у 1 (2%) женщины. Чаще встречалась ИБС, стенокардия II ФК. Так, у больных с эритроцитозом - у 10 (24%), с панцитозом - у 21 (46%). ИБС, стенокардия III ФК встречалась одинаково в обеих группах: соответственно, при эритроцитозе 3 (7,1%) и панцитозе - 3 (6,5%). Инфаркты миокарда чаще наблюдались у больных с панцитозом - у 10 (23%) и у 5 (12%) пациентов с эритроцитозом.

Имеющие место тромбоцитоз и лейкоцитоз дополнительно к эритроцитозу могли способствовать более быстрому развитию тромбозов у этих больных. Поэтому больным с ИБС при наличии высоких цифр Hb , эритроцитов, $Ш$ наряду с антиангинальными, гиполлипидемическими средствами необходимо назначение средств, улучшающих гемореологические показатели: антиагреганты (курантил, тиклид, плавикс, аспирин), введение реополиглюкина (снижает агрегацию эритроцитов), проведение плазмафереза (ПФ). Первая операция ПФ улучшает реологию крови за счет плазменного компонента, удаляя грубодисперсные, низкомолекулярные белки и в первую очередь фибриноген, а также снижает агрегацию тромбоцитов, а последующие снижают агрегацию эритроцитов, увеличивают электрофоретическую подвижность эритроцитов, то есть улучшают клеточный компонент гемо-реологии.

Таблица 1. Показатели крови у больных эритроцитозом и панцитозом

Средние показатели крови	Эритроциты (I группа, n = 42)	Панцитоз (II группа, n = 46)
НЬ (г/л)	М- 170 + 9,5	М- 174+10,8
	Ж- 169 + 8,3	Ж -173 ±11,1
Эритроциты (в млн)	М - 5,9 ± 0,4	М - 6,4 ± 0,6
	Ж - 5,7 + 0,3	Ж - 6,5 + 0,4
Ні (%)	М - 54 + 2,2	М - 56 ± 2,6
	Ж-51 ±2,1	Ж-55 ±2,3
Тромбоциты	М-320+17,1	М - 786 ± 27,3
	Ж - 280 + 1 5,3	Ж-950 ±2 1,4
Лейкоциты	М - 6,2 ± 0,7	М-15,8 ±2,2
	Ж - 5,9 ± 0,8	Ж -14,4 ±3,1
СОЭ (мм/час)	М - 3,4 + 0,9	М - 1,9 ± 0,09
	Ж-2,8+1,1	Ж-2,0 ±0,1