

объемную скорость выброса (ОСВ), время быстрого кровенаполнения (альфа 1), время медленного кровенаполнения (альфа 2), коэффициент Блюмбергера (КБ), реографический диастолический индекс (РДИ), систолическое давление в легочной артерии (СДЛА), конечное диастолическое давление в легочной артерии (КДЛА), фракцию выброса правого желудочка (ФВПЖ).

Статобработка материала проводилась методами описательной статистики с использованием пакета прикладных программ «Statistica 6.0», непараметрических методов оценки.

Результаты. В результате проведенного исследования центральной гемодинамики в обеих группах выявлено увеличение среднего гемодинамического давления разной степени выраженности на фоне нормосистолии: при высоком нормальном АД – на 9% ($p<0,001$) и при АД 1 стадии – на 15% ($p<0,001$) по сравнению с контрольной группой. У всех больных, включая контроль, был выявлен гипокINETический тип центральной гемодинамики, который проявлялся снижением сердечного выброса (СИ на 49-50% и УИ – на 40-52%) и повышением ОПСС в 2-2,7 раза по сравнению с должными показателями (табл.).

Особенностью состояния центральной гемодинамики у лиц с АГ явилось повышение сосудистого сопротивления: в 1-й группе ОПСС рост на 39% ($p<0,001$) и во 2-й группе – на 7% ($p<0,001$) по сравнению с контролем, что указывает на увеличение постнагрузки на левый желудочек на ранних стадиях АГ. Снижение сердечного выброса у пациентов с АГ по сравнению с контрольной группой не превышало 2%.

По литературным данным, при АГ повышение показателей минутного объема сердца происходит только в 20% случаев, а рост общего периферического сопротивления – у 80-90% пациентов. Эти соотношения косвенно подтверждают, что плацдармом функциональных и патогенетических изменений при АГ является резистивный отдел артериального русла [2]. По мере повышения степени АД снижается преднагрузка на левый желудочек, о чем говорит снижение КДПЖ в 1 группе на 8%, во 2-й – на 14% по сравнению с группой контроля. Рост ОПСС ведет к росту сократительной активности левого желудочка: в группе с высоким нормальным АД КБ был увеличен на 40%, при АД 1 стадии – на 81%. Изменений тонуса артерий крупного и среднего калибра и артериол на ранней стадии АГ нет.

Отток крови из артерий в вены большого круга кровообращения идет на фоне гипотонуса вен, характеризующегося спадом РДИ в 1-й группе на 36%, во 2-й – на 20%.

Одновременно с изменениями системного кровотока в большом круге кровообращения гемодинамические изменения у больных АГ выявлены и в малом круге. У лиц 2-й группы гемодинамический статус характеризовался гипертонусом артерий мелкого и среднего калибра, обусловленного увеличением альфа 2 на 7% по сравнению с контрольной группой и гипотонусом вен, при котором РДИ снижен на 21%. Легочная гипертензия выявлена в обеих группах, но наиболее выражена у пациентов с высоким нормальным АД. В 1-й группе СДЛА увеличено на 66% ($p<0,01$) и КДЛА в 2,6 раза ($p<0,02$), во 2-й группе – на 25 и 51% соответственно по сравнению с группой контроля.

При формировании АГ выявлены однонаправленные изменения гемодинамики обоих кругов кровообращения. Гипертоническая болезнь сопровождается легочной гипертензией еще до развития недостаточности левого желудочка.

Появление диастолической дисфункции является причиной нарастания давления в системе легочной артерии за счет включения объемного фактора и усиления сосудистого легочного сопротивления. Внедрение новых функционально-диагностических технологий позволит сформировать алгоритмы средства для оценки донозологических состояний и прогнозирования ранних стадий АГ.

Литература

1. Антонов А.А. // Сердце. – 2006. – Т.5, № 4. – С. 210–215.
2. Гогин Е.Е., Гогин Г.Е. Гипертоническая болезнь и ассоциированные болезни системы кровообращения: основы патогенеза, диагностика и выбор лечения. – М.: Ньюдиамед. – 2006.
3. Кобалава Ж.Д., Гудков К.М. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2002. – № 1. – С. 4–15.
4. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии: Рос. реком-ции (2-й пересмотр). – М. – 2004. – 32 с.

УДК: 616.12-008.331.1; 616.153.915

К ВОПРОСУ О ЛИПИДНЫХ НАРУШЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Т.А. КАНТУР*

Сердечно-сосудистые заболевания, обусловленные атеросклерозом, являются основной причиной смертности населения. В исследовании С.А.Шальной и др. показано, что среди взрослого населения России артериальной гипертензией (АГ) страдают 39,3% мужчин и 41,1% женщин, тем не менее регулярное лечение осуществляют лишь 8% больных [1]. Высокая распространенность АГ является причиной крайне высоких показателей смертности. Россия занимает второе место среди стран по частоте нарушений мозгового кровообращения, которые возникают в 70% случаев у больных АГ [2]. Развитие первичной АГ детерминировано множеством сложно взаимодействующих гемодинамических, нейрогуморальных, метаболических и рядом др. факторов. Состояние, начинающееся как функциональное расстройство, у большинства через разные патогенетические пути ведет к органам поражения, трансформируясь в заболевание. Механизмы развития метаболического варианта АГ хорошо изучены. К ним относятся: гиперинсулинемия, дислипидемия, гиперактивация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, обуславливающая нарушения натрийуреза. Системная АГ вызывает в сосудистой стенке адаптационные структурные изменения, predisполагающие к ускоренному развитию атеросклероза [3].

По мнению ряда исследователей [4, 5], патогенетически связывающим звеном между АГ и атеросклерозом наряду с дисфункцией эндотелия являются нарушения липидного обмена. Дислипидемия, сопровождающаяся ростом уровня атерогенных липопротеидов с большой молекулярной массой, ведет к повышению вязкости плазмы, периферического сопротивления сосудов, поддерживает высокий уровень артериального давления (АД) [6]. Встречаемость дислипидемии при АГ равна 40% [7].

Цель – изучение частоты встречаемости и особенностей нарушения липидного спектра сыворотки крови у больных АГ.

Материалы и методы. Обследовано 156 человек, из них 53(34%) мужчины и 103(66%) женщины, с диагнозом АГ I, II степени, выставленным согласно Рекомендациям Всероссийского научного общества кардиологов (2004). Средний возраст пациентов составил $55,6 \pm 0,7$ года. Длительность АГ превышала 5 лет. У 128 пациентов были зарегистрированы сопутствующие заболевания, наиболее часто встречались заболевания пищеварительной системы (38%) и заболевания опорно-двигательного аппарата (41%). В 46,6% случаев АГ сопутствовало ожирение II-IV степени. Обследование включало анкетирование по универсальным анкетам, общий осмотр, измерение АД, роста-весовых показателей, определение индекса Кетле. Для оценки липидного обмена в сыворотке крови изучали: общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицериды (ТГ). Полученные данные обработаны методами вариационной статистики с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты исследований. Среди обследованных пациентов диагноз АГ I степени выставлен у 58 человек, II степени – у 98 человек. Показатели систолического АД составили $141,4 \pm 1,9$ мм рт. ст. и диастолического АД – $87,8 \pm 1,8$ мм рт. ст. Нарушения липидного спектра сыворотки крови выявлены у 99 человек (в 63,46% случаев). Повышение уровня ОХС встречалось в 85,5% случаев ($6,56 \pm 0,17$ ммоль/л). При этом в 55,6% отмечается изолированная гиперхолестеринемия ($6,67 \pm 0,11$ ммоль/л). Содержание ТГ было повышено у 34,34% больных ($2,59 \pm 0,04$ ммоль/л). Комбинированное увеличение ОХС и ТГ выявлено у 25 человек. Изолированная гипо- α -холестеринемия диагностирована у 6 человек $0,89 \pm 0,02$ ммоль/л. Липидная триада (гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, гипо- α -холестеринемия) выявлена в 8 случаях. Согласно классификации дислипидемий, предложенной Фредриксоном, в 69,3% дислипидемия соответствовала IIa типу; в 20,45% – IIb типу; в 7,95% и 9,1% III и IV типам соответственно. У 6 человек дислипидемия была связана со снижением ХС ЛПВП, что не укладывается в данную классификацию.

Выводы. Результаты показали высокую частоту дислипидемии при АГ (63,46%), которая чаще проявляется ростом уровня ОХС. Кроме атерогенного влияния гиперхолестеринемии имеет значение в реализации биологических механизмов развития АГ.

*Владивостокский филиал ГУ Дальневосточного НЦ физиологии и патологии дыхания – НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения, 690105, г. Владивосток-105, ул. Русская, 73-г, тел. 34-54-90, 34-54-95, 40-67-28 факс (4232) 34-55-02

Наличие при АГ гиперхолестеринемии, гипертриглицеридемии и гипо- α -холестеринемии увеличивает риск сердечно-сосудистых осложнений. Липидные компоненты метаболического синдрома есть у 24,5% больных АГ. Для успеха в лечении АГ нужна нормализация метаболических нарушений.

Литература

1. Шальнова С.А. и др. // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.–2001.– С. 2–7.
2. Арабидзе Г.Г. // РМЖ.–1999.– №15.– С. 699–705
3. Нестеров Ю.И., Тепляков А.Т. // Consilium medicum.– 2004.– Т.10, №1.– С. 423–430.
4. Бойцов С.А. // Тер. архив.– 2006.– №9.– С. 5–12.
5. Чазов И.Е., Мычка В.Б. // Сердце.– 2003.– №3.– С. 164.
6. Шилов А.М. и др. // РМЖ.–2003.– Т.11, №15.– С. 578–584
7. Кобалава Ж., Толкачева В. // Сердце.– 2006.– №4.– С. 172.

УДК 616.89-008.1

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕНАТАЛЬНОГО, ИНТРАНАТАЛЬНОГО И ПОСТНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДОВ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАКТОРА ИОДДЕФИЦИТА В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Н.Р. МОЛЛАЕВА *

Одним из значимых природных экологических факторов, приводящих к психическим заболеваниям, является иоддефицит.

Цель – изучение распространенности пре-, интра- и постнатальной патологии среди детей с психическими расстройствами, проживающих на йоддефицитной территории.

Материалы. Обследовано 630 школьников в возрасте от 8 до 10 лет. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от степени иоддефицита: проживающие в районе с тяжелым ($n=213$), умеренным ($n=256$) иоддефицитом и иоднаполненным районе (контроль) ($n=161$). По распределению по полу и возрасту все 3 группы были сопоставимы ($p>0,05$).

Методы. Выделение психических расстройств проводилось по критериям МКБ-10. Источниками информации о течении пре-, интра- и постнатального периодов у детей являлись объективные анамнестические сведения, полученные от матерей детей, данные медицинской документации. При анализе пренатальной патологии у детей, страдающих психическими расстройствами, учитывались виды акушерской патологии: гестозы, угроза выкидыша, эклампсия, хроническая гипоксия плода, внутриутробная задержка роста плода. При этом частота этих явления оценивалась суммарно. Анализ частоты этих заболеваний в отдельности не мог быть проведен из-за малого размера групп. Кроме того, сбор анамнестических сведений был затруднен тем, что матери детей часто не знали точно, какая именно патология беременности у них наблюдалась. При анализе патологии в родах учитывались такие явления, как преждевременные роды, переносная беременность, асфиксия в родах. При этом частота этих явлений в анамнезе при психической патологии анализировалась суммарно, в силу того, что это могло затруднить дальнейшее проведение статистического анализа из-за недостаточного размера групп, а также из-за сложностей сбора анамнестических сведений.

Из явлений постнатальной патологии учитывались отставание в физическом развитии, частые инфекции и аллергические реакции в дошкольный период, чтобы выделить ранние предикторы развивающейся в рассматриваемый нами возрастной период психической патологии. Данные были представлены в виде частоты перечисленных явлений среди детей, страдающих той или иной психической патологией, и их доли от общего числа детей, страдающих этими видами психических расстройств. В ходе статистического анализа частота перечисленных явлений при различной психической патологии сравнивалась с их частотой среди здоровых детей. При этом использовался критерий χ^2 и критерий Фишера (в случае, когда хотя бы в одной и подгрупп

было менее 5 наблюдений). Анализ проводился отдельно для каждого района в зависимости от степени его иоддефицитности.

Результаты. На территории с тяжелым иоддефицитом среди психически здоровых детей частота встречаемости патологии беременности в анамнезе составляла 35,8%. Статистически значимо более высокая частота патологии беременности в анамнезе встречалась в группе детей, страдающих легким когнитивным расстройством (55,6%) и органическим эмоционально лабильным (астеническим) расстройством (59,2%). При остальных заболеваниях имела тенденция к росту частоты пренатальной патологии: при умственной отсталости она составила 40%, при других расстройствах развития – 40%, при расстройствах поведения – 35,7%, при расстройствах невротического круга – 44,6%, при аффективных расстройствах – 40,0%, в группе детей с функциональными системными расстройствами, – 40,9%. Однако эти различия имели степени статистической значимости. Среди всех психически больных детей частота встречаемости патологии беременности составила 48,5%, что было статистически значимо больше, чем среди психически здоровых детей (35,8%).

Среди населения равнины и предгорья в районе с тяжелым иоддефицитом интранатальная патология наблюдалась в анамнезе у 32,1% психически здоровых детей. По этому показателю статистически значимые отличия от них были у детей, больных легким когнитивным расстройством (52,8%), органическим эмоционально лабильным (астеническим) расстройством (51%) и функциональными системными расстройствами (54,5%). Среди детей с психическими расстройствами из других групп частота встречаемости патологии родов в анамнезе сопоставима с группой здоровых детей: в группе детей с умственной отсталостью этот показатель составил 40%, другими общими расстройствами развития – 40%, расстройствами поведения – 42,9%, невротического круга – 38,5%, аффективными расстройствами – 40%.

Среди детей, страдающих психическими расстройствами, частота патологии родов в анамнезе была статистически значимо выше (46,2%), чем среди психически здоровых детей (32,1%). Среди детского населения равнины и предгорья в районе с тяжелым иоддефицитом явления отставания в физическом развитии в дошкольный период наблюдались у 29,6% психически здоровых детей. Статистически значимо чаще эти явления встречались среди детей, страдающих легким когнитивным расстройством (52,8%) и органическим эмоционально лабильным (астеническим) расстройством (46,9%). При большей части другой психической патологии частота встречаемости отставания в физическом развитии была выше, чем среди психически здоровых детей, однако эти различия не достигали степени статистической значимости. При умственной отсталости она составила 40%, при других общих расстройствах развития 30%, при расстройствах поведения 28,6%, при расстройствах невротического круга 33,9%, при аффективных расстройствах 30,7%, при функциональных системных расстройствах 36,4%. В целом среди детей, страдающих психическими расстройствами, частота отставания в физическом развитии в анамнезе была несколько выше (40,2%), чем среди психически здоровых детей (29,6%), однако эти различия не достигали степени статистической значимости.

Среди психически здоровых детей частые инфекции, аллергические реакции в дошкольный период встречались у 42,0% детей. По частоте этих явлений статистически значимые отличия от психически здоровых детей обнаруживались лишь среди детей, страдающих легким когнитивным расстройством (63,9%), органическим эмоционально лабильным (астеническим) расстройством (63,3%). Среди детей с другой психической патологией частота этих явлений статистически значимо не отличалась от группы здоровых: при умственной отсталости она составила 40%, других общих расстройствах развития – 50%, при расстройствах поведения – 42,3%, при расстройствах невротического круга – 51,8%, аффективных расстройствах – 40,0%, функциональных системных расстройствах – 45,5%. Среди психически больных детей частые инфекции и аллергические реакции в анамнезе встречались в 51,5% случаев, что больше, чем в группе здоровых (42,0%), но эти различия не были статистически значимы.

Среди городского населения на территории с умеренным иоддефицитом у психически здоровых детей частота встречаемости патологии беременности в анамнезе составляла 30,7%. Статистически значимо более высокая частота патологии беременности в анамнезе была в группе детей с легким когнитивным расстрой-

* Кафедра детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО