



медулло-паренхиматозного (МПИ – как отношение размера пирамиды к толщине паренхимы) и почечно-паренхиматозного (ППИ – как отношение площади почечного синуса к площади почек) индексов [1,2]. Проводилась оценка эхогенности кортикального слоя методом А. Т. Rosenfield: 0 степень – эхогенность кортикального слоя почки ниже эхогенности печени, I степень – равная эхогенности паренхимы печени, II степень – выше эхогенности печени и III степень – эхогенность кортикального слоя равна эхогенности ЧЛС [1,2].

При определении диагноза хронического пиелонефрита использована классификация Н.А. Лопаткина, ХПН – классификация С.И. Рябова [3,4]. Оценка степени АГ проводилась согласно классификации JNC VII (Седьмой отчёт Объединённого национального комитета США по профилактике, выявлению, оценке и лечению гипертензии) и «Рекомендации Европейского общества гипертензии и Европейского общества кардиологов по лечению АГ» [6].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. В результате проведённого исследования установлено (табл.1),

что у большинства больных как 1-ой, так и 2-ой группы отмечалось двустороннее поражение почек (93,2 и 80,9% – соответственно), хотя выраженность асимметрии патологического процесса преобладала у больных 1-ой группы.

У больных АГ на фоне пиелонефрита (ПН) чаще отмечалась нечёткость границы между корковым и мозговым веществом, а при отсутствии АГ у больных ПН преобладали неровность контуров почки и нечёткость границ между паренхимой и синусом. В целом повышение эхогенности кортикального слоя по Rosenfield чаще отмечено у больных первой группы, хотя различия статистически незначимы.

Сравнительный анализ полученных биометрических показателей УЗИ почек (табл.2) у больных из обследованных групп, свидетельствует о существенном повышении относительного объёма почечного синуса, медулло – паренхиматозного и почечно-паренхиматозного индексов у больных с ХП на фоне ренопаренхиматозной АГ (как при сравнении с группой больных ХП без АГ, так и с эссенциальной гипертонией), что, видимо, связано как с потерей паренхимы и застоем мочи в ЧЛС, так и увеличением

ТАБЛИЦА 1. КАЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА УЗИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ АГ НА ФОНЕ ХП (1-АЯ ГРУППА), ХП БЕЗ АГ (2-АЯ ГРУППА) И АГ БЕЗ ПН (3-Я ГРУППА)

Показатели поражения почек (P±m,%)	Группы больных		
	1-ая группа (n=29)	2-ая группа (n=21)	3-я группа (n=21)
Одностороннее	6,8±4,8	19,1± 8,8	4,8±4,8
Двустороннее	93,2±4,8	80,9±8,8	14,3±7,8**
Неровные контуры почек	24,1±8,1	57,1±11,1 *	-
Неравномерность эхогенности паренхимы	48,3±9,4	71,4±10,1	4,8±4,8**
Нечёткость границы между корковым и мозговым веществом	86,2±6,5	57,1 ±11,1*	
Эхогенность кортикального слоя:			
• 0 - степень	13,8±6,5	28,6±10,1	14,3±7,8
• 0 - 1 степень	75,9±8,1	66,7±10,5	4,8 ±4,8**
• 1 - II степень	10,3±5,7	4,7±4,7	-
• III - степень	-	-	-
Отсутствие параллельности линии, соединяющей вершины пирамид и линии контура почки	68,9±8,7	47,6±11,2	-
Нечёткость границ между паренхимой и синусом	41,4±9,3	76,2± 9,5*	4,8 ±4,8**
Неравномерное уменьшение толщины паренхимы	58,6±9,3	42,9±11,1	4,8±4,8**
Утолщение и слоистость струк-туры стенки лоханки	48,3±9,4	57,1±11,1	4,8±4,8**
Уплотнение, расширение или деформация ЧЛС	100	100	19,1± 8,8**

Примечание: * - статистическая значимость различий (p<0,05) с 1-ой (основной) группой, ** - различий как с 1-ой, так и со 2-ой группой


ТАБЛИЦА 2. ОЦЕНКА КОЛИЧЕСТВЕННЫХ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ (БИОМЕТРИЧЕСКИХ) ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ АГ НА ФОНЕ ХП (1-АЯ ГРУППА), ХП (2-АЯ ГРУППА) И АГ БЕЗ ПН (3-Я ГРУППА)

Показатели	Контрольная группа (n=20)	Группы больных		
		1-ая группа (n=29)	2-ая группа, n=21	3-я группа (n=21)
Объём почек -V, см ³	131,2±2,1	112,8±3,5*	111,7±3,8*	120,3±3,1*
Объём почечного синуса -V _c , см ³	22,3±1,1	27,9±1,7*	23,2±1,9	25,8±1,5
Относительный объём почечного синуса - δV _c , %	15,8±0,5	24,8±0,72*	20,3±0,57* **	21,5±1,1* **
Объём лоханки - V _л , см ³	1,62±0,11	2,14±0,42	2,63±0,31*	1,84±0,19
Почечно-лоханочный индекс - ПЛИ	(1,93±0,07):1	1,15±0,03/1*	1,23±0,05/1*	1,47±0,03/1 * **
Медулло-паренхиматозный индекс-МПИ%	38,8±0,37	47,6±0,71*	43,9±0,47* **	41,2±0,44* **
Почечно-паренхиматозный индекс - ППИ	0,32±0,01	0,47±0,01*	0,36±0,02* **	0,32±0,012 **

Примечание: * - статистическая значимость различий с контрольной группой, ** - различий с 1-ой группой

площади синуса почки на фоне уменьшения размеров самой почки.

Сонографические сдвиги как качественные, так и биометрические, в 3-ей группе больных обнаружены значительно реже, чем в первой и второй. Однако, в этой группе больных (с эссенциальной АГ без ПН в анамнезе) сопоставление качественных и количественных сонографических показателей УЗИ почек обнаружило признаки латентно текущего пиелонефрита у 4 (19,1%) больных. Это свидетельствует о том, что АГ не только может возникать на фоне ХП, но и эссенциальная АГ может привести к возникновению хронического латентно текущего пиелонефрита.

Таким образом, при артериальной гипертензии, возникающей на фоне хронического пиелонефрита, имеют место не только качественные изменения эхопараметров, но и морфометрические, т.е. количественные сдвиги (повышение δV_c, МПИ и ППИ), фактически подтверждающие симптоматическую природу гипертензии у больных с хроническим пиелонефритом.

Выводы: 1. Качественные изменения сонографической картины (асимметрия поражений почек, повышение эхогенности кортикального слоя, неровность контуров и нечёткость границы между корковым и мозговым веществом), чаще отмечаются у больных с хроническим пиелонефритом с симптоматической АГ.

2. Симптоматическая артериальная гипертензия у больных с хроническим пиелонефритом сопровождается фактическими изменениями морфометрических эхопараметров: повышением относительного объёма почечного синуса, медулло – паренхиматозного и почечно-паренхиматозного индексов.

3. Качественная и количественная оценка эхопараметров почек у больных с эссенциальной гипертензией способствует своевременной диагностике латентно текущего хронического пиелонефрита.



ЛИТЕРАТУРА

1. Дергачёв А.И. Ультразвуковая диагностика заболеваний внутренних органов /А.И.Дергачёв. – М; Медицина, 1995.- 164 с.
2. Калугина Г.В. Хронический пиелонефрит / Г.В.Калугина, М.С.Клу-шанцева, Л.Ф.Шехаб . – М; Медицина, 1993.- 124 с.
3. Рябов С.И. Нефрология / С.И.Рябов. – С-Пб; Спец. лит., -2000. -672 с.
4. Лопаткин Н.А. Урология / Н.А.Лопаткин.- 4-е изд., перераб. - М., Медицина. - 1995. – 371 с.
5. Шулутко Б.И. Воспалительные заболевания почек (пиелонефрит и другие тубулоинтерстициальные заболевания) / Б.И. Шулутко.- С-Пб., 1996. - 255 с.
6. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure / Chobanian A.V. [et al.] // Hypertension.- 2003.- V.42, № 6. - p. 1206-1252.

Summary

Sono-hemodynamic correlations of chronic pyelonephritis with renal-parenchymal hypertension

M.Sh. Khaknazarov, H.Yo. Sharipova, H.H. Kiemidinov, A.A. Khaknazarova

During qualitative and quantitative evaluation echo-indicators of kidneys in patients with chronic pyelonephritis on the background of renal-parenchymal hypertension revealed diagnostically significant changes in renal sonographic indicators: increasing the relative volume of the renal sinus, medulla - parenchymal and renal parenchymal indices.

Key words: chronic pyelonephritis, hypertension, renal ultrasonography

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Х.Х.Киёмидинов – аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней ТГМУ; Таджикистан, г.Душанбе, ул.Санои-33. Тел. (+992) 935-11-01-11



Взаимосвязь возможного развития летального исхода с нарушением экстракардиальной регуляции сердечного ритма у больных с миокардитом

Н.Х.Олимов, М.М.Шоджонов

Республиканский клинический центр кардиологии;

кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ТИГПМК

Работа посвящена описанию и анализу новой характеристики спектрального показателя R-R кардиоинтервала, который анализируется не только симпатическими и парасимпатическими отделами вегетативной нервной системы, но и центральными уровнями экстракардиальной регуляции. В исследование были включены 70 больных миокардитом с оценкой роли нарушений экстракардиальной регуляции, вариабельности сердечного ритма и вегетативного равновесия в развитии летального исхода у этих пациентов. Показано, что у больных миокардитом с тяжёлым течением одновременно на фоне других факторов развития летального исхода наблюдается нарушение центральных механизмов регуляции, вариабельности сердечного ритма и дисбаланс вегетативной нервной системы. Контроль над этими показателями позволяет выделить пациентов с наибольшей вероятностью риска развития летального исхода и выбрать адекватную терапию для больных с миокардитом.

Ключевые слова: миокардит, экстракардиальная регуляция, вариабельность сердечного ритма, летальный исход

ВВЕДЕНИЕ. Миокардит – полиэтиологическое воспалительное заболевание миокарда, характеризующееся вовлечением в патологический процесс кардиомиоцитов, интерстиции, микроциркуляторного русла, нередко перикарда (миоперикардит), развитием воспалительной инфильтрации миокарда с повреждением кардиомиоцитов и нарушением их функции [1].

Прогноз при миокардите зависит от распространённости воспалительного процесса в миокарде, степени тяжести миокардита, наличия сопутствующих заболеваний. Лёгкие миокардиты заканчиваются полным выздоровлением. При миокардите средней степени тяжести у большинства больных наступает выздоровление, однако этот процесс может затягиваться до 3-6 мес., при этом у 10-15% больных может в последующем определиться явление постмиокардитического кардиосклероза в виде аритмии, нарушения проводимости, но без симптоматики сердечной недостаточности. При тяжёлой форме миокардита прогноз может быть неблагоприятным, летальные исходы наблюдаются у 8,6-12% больных [1,2,5,6]. Смерть может наступить от сердечной недостаточности, тромбоэмболических осложнений, жизнеугрожающих аритмий, в том числе, фибрилляции желудочков. В большинстве

случаев смерть происходит внезапно, что оставляет лишь минимальные возможности для лечебного вмешательства, поскольку в их основе обычно лежат желудочковые тахикардии, трансформирующиеся в течение нескольких секунд (реже минут) в фибрилляцию желудочков [7,8].

Прогнозирование возможности развития летального исхода у больных с миокардитом в настоящее время ещё до конца не изучено, хотя существует ряд факторов, сопряжённых с повышенным риском смертности. Это увеличение размеров сердца, признаки недостаточности кровообращения, желудочковые экстрасистолы высоких грааций по Лауну-Вольфу, снижение фракции выброса менее 40% и т.д. [8]. А также, как известно, пусковым механизмом развития жизнеугрожающих аритмий у больных с сердечно-сосудистой патологией принадлежит гиперактивность вегетативной нервной системы, деятельность которой зависит от центральных механизмов регуляции.

Настоящая работа посвящена описанию и анализу новой характеристики спектрального показателя вариабельности сердечного ритма (ВСР), которая анализируется не только симпатическими и парасимпатическими отделами вегетативной нервной