

на фоне гипокалорийного питания принимали в течение 3 месяцев: 1 группа принимали кардиоселективный β -адреноблокатор корвитол в дозе 25-50 мг 2 раза в день. 2 группа - метформин в суточной дозе 500 мг и корвитол в дозе 25-50 мг.

Результаты. После 3 – месячного курса эффективность лечения оценивали по динамике клинических проявлений заболевания и гемодинамических показателей. В 1 группе удалось добиться достоверного снижения уровня САД (суточного, дневного и ночного) и ДАД (соответственно). Достоверного снижения уровня ЧСС не получено. Более выраженное снижение САД и ДАД отмечалось во 2 группе (САД, соответственно на 10,0, 11,8 и 12,3%, ДАД на 11,5, 13,2 и 14,1%), а также ЧСС ночью уменьшалось на 12,1%. Во 2 группе произошло также достоверное снижение уровня инсулина в крови на 27,8, гликированного гемоглобина – на 13,8%, снижение концентрации триглицеридов на 17,1%, холестерина – на 13,2% и β – липопротеидов на 34%. После лечения также нормализовались показатели перорального глюкозотолерантного теста. Таким образом, при комбинированной терапии корвитолом и метформинном.

Заключение. У больных, получивших только антигипертензивную терапию, несмотря на статически значимое улучшение ряда показателей СМАД, добиться достоверного снижения степени коронарного риска не удалось, по завершении курса терапии он по-прежнему оставался высоким. В то же время комплексная терапия, способствовавшая существенному снижению инсулино-резистентности и улучшению показателей углеводного и липидного обмена, обусловила достоверное уменьшение всех показателей коронарного риска как абсолютного, так и относительного.

КАРДИОМЕТРИЯ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ МОНИТОРИНГЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ

Юлдашев Б.А., Ахмедов И.Ю., Эргашев А.Х., Аралов М.Д.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Известно, что хирургическая операция и наркоз приводят к определенным патофизиологическим изменениям в организме, которые носят общий характер и являются ответом организма на операционный стресс. Все эти процессы происходят в послеоперационном периоде, в течении которого проводятся комплексные лечебные мероприятия, направленные на

предупреждение и лечение осложнений, а также мероприятий, способствующих процессам репарации и адаптации организма к анатомо-физиологическим соотношениям, созданным операцией. Учитывая важность своевременного выявления и способность прогнозирования развития осложнений, особое значение приобретает внедрение современной диагностической аппаратуры, какой является кардиометрия в мониторинге деятельности сердечно-сосудистой системы послеоперационного периода.

Цель: оценить роль кардиометрии включенной комплекс дополнительной диагностики и кардиологического мониторинга в послеоперационном периоде у детей, перенесших лапаротомию и назначении соответствующей кардиопротективной терапии.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 21 детей перенесших оперативное вмешательство - лапаротомию по поводу перитонита - 4 больных, болезни Гиршпрунга – 11, энтерокистомы – 3, дивертикула Меккеля - 3. Характер оперативного вмешательства предусматривал резекцию кишечника в разных объемах в зависимости от патологии. Соответственно ближайший послеоперационный период проходил в отделении реанимации и интенсивной терапии, где на основе регистрации основных параметров проводился мониторинг деятельности жизненно важных систем. За деятельностью сердечно - сосудистой системы наблюдение проводилось на основе суточного ЭКГ мониторинга, ежедневной ЭхоКГ и кардиометрии.

Результаты. В отличие от ЭКГ и Эхокардиографии компьютерный гемодинамический анализатор «Кардиокод» одновременно позволяет оценить функциональную характеристику сердечно-сосудистой системы, гемодинамические показатели и метаболические процессы, происходящие в сердечной мышце. Кардиометрия включенная в мониторинг послеоперационного периода позволила нам выявить более детальную картину состояния сердечно-сосудистой системы у детей и тем самым соответственно скорректировать лечебные мероприятия, направленные на скорейшую нормализацию и стабилизацию основных гемодинамических показателей. Проведенная кардиопротективная терапия больным позволила более благоприятному течению послеоперационного периода и сокращению в среднем на 2-3 дня пребывания ребенка в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Заключение. Таким образом, кардиометрия включенная в комплекс

послеоперационного мониторинга позволила с предельной простотой и высокой точностью выявить любые изменения и отслеживать развитие всех процессов в сердечно-сосудистой системе. Своевременное назначение соответствующей кардиопротективной терапии позволило скорейшей мобилизации организмом систем защитных факторов и компенсаторных реакций, направленных на устранение последствий операционной травмы и восстановление гомеостаза.

ОСОБЕННОСТИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ярмухамедова С.Х., Амирова Ш.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Существенным фактором, ухудшающим течение и прогноз ГБ остается ремоделирование миокарда. Нарушения диастолической функции правого желудочка у больных сердечной недостаточностью (СН) являются независимым прогностическим фактором выживаемости, а использование доплерографии позволяет выявить новые информативные параметры диастолической дисфункции (ДД), а также доказать ее связь с развитием лёгочной гипертензии.

Цель: изучить диастолическую функцию правого желудочка у больных с различными стадиями гипертонической болезни и при присоединении сердечной недостаточности II-III функционального классов.

Материалы и методы исследования. Нами был обследован 71 больной ГБ. Все обследованные были подвергнуты комплексному обследованию с целью исключения симптоматической АГ и других заболеваний. Диагноз ГБ ставили на основании критериев, предложенных комитетом экспертов ВОЗ. В исследование были включены больные ГБ II-III стадий - 31 женщины (43,66 %) и 40 мужчин (56,3%) (в возрасте от 25 до 63 лет). Средний возраст по группе составил 50,3±4,6 года. Прием гипотензивных препаратов отменили за 24 часа до начала исследования. Всем больным проводилось эхокардиографическое исследование с доплерографией.

Результаты. Был проведён анализ параметров диастолической функции ПЖ в зависимости от уровня подъёма ДАД между больными с мягкой и высокой АГ. При этом были выявлены достоверные различия, которые касались соотношения максимальной скорости наполнения (МСН) к максимальной скорости изгнания (МСИ) при тенденции к росту времени

фазы быстрого наполнения вклада фазы быстрого наполнения (ВФБН) в диастолу правого желудочка, что обусловлено начальными признаками диастолической дисфункции правого желудочка со снижением МСН и умеренным ростом вклада систолы правого предсердия (ВСПП) в наполнение правого желудочка. По остальным показателям различия оказались статистически недостоверными. Показатели расслабления и заполнения ПЖ между больными с мягким и умеренным повышением уровня АД не отличались достоверно, кроме больных с умеренным повышением диастолического АД. Достоверные отличия между подгруппами больных с гипертонической болезнью касались лишь соотношения МСН/МСИ, существенно снижавшейся при ГБ II стадии. При дальнейшем изучении диастолической функции у пациентов гипертонической болезнью II стадией выявлено, что у 31 больных (40,8%) отмечался «псевдонормальный» тип диастолических нарушений, заключающийся в приближении к нормативным показателям максимальной скорости наполнения, а также в нормализации вклада систолы предсердия. Псевдонормальный тип дисфункции ПЖ связан с ростом МСН. Увеличение МСН носит компенсаторный характер, позволяющий преодолеть ригидность правого желудочка. Кроме того, этот тип диастолической дисфункции был связан с укорочением времени IVRT. При развитии III стадии ГБ отмечается существенное преобладание пациентов с рестриктивным типом нарушения диастолы. При этом индекс МСН/МСИ достоверно увеличивался. У больных гипертонической болезнью III стадией формирование рестриктивного типа диастолических нарушений влияло и на временные показатели диастолы.

Заключение. Таким образом, при присоединении СН у больных на различных стадиях гипертонической болезни развивается более тяжёлая ДД ПЖ, в ряде случаев характер рестриктивного характера. У больных с тяжёлой СН выявляется снижение сократительной способности правого желудочка, которое заключалось в достоверном снижении МСИ, тенденции к снижению УО и увеличению КДО ПЖ.

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЕОМЕТРИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Ярмухамедова С.Х., Камолова Д.Д.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Ремоделирование при артериальной гипертензии является реакцией миокарда на функциональные нарушения и