

дует его назначать в комплексе с Метрогил-Дента, при том его эффективность возрастает при применении после Метрогил-Дента, а не в смеси с ним.

Лечение данного вида патологии, с применением предложенного метода комплексного воздействия было исследовано у 100 пациентов, 50 больных составили контрольную группу, лечение которых производили традиционным способом.

Лечение сочетанных эндодонтико-пародонтальных патологий с применением предложенного комплексного лечения позволяет: за короткие сроки (12-14 посещений) эффективно воздействовать на основные патогенетические механизмы развития эндодонтико-пародонтальных патологий, получить стойкий лечебный эффект. За счет усовершенствованного способа введения с помощью капп точно дозировать лекарственное вещество по активности.

Включение в данный комплекс Метрогил Дента и гель Диклоран позволяет: увеличивать степень кровенаполнения пародонта, нормализуется тонус сосудов, приближаются к норме индексы периферического сопротивления тонуса сосудов.

Применение данного комплекса терапии воспалительных заболеваний с учетом вида, тяжести заболевания и особенностей клинического течения, а также общего состояния организма пациента повышает эффективность лечения. Положительные результаты приносит также обоснованный выбор методов и средств воздействия на очаг в пародонте и организм больного в целом, и соблюдение правильной последовательности их применения. В период ремиссии необходимо проведение повторных курсов лечения и восстановительной терапии с целью профилактики обострений хронического процесса в пародонте.

Предложенный новый комплекс терапии сочетанных эндодонтико-пародонтальных патологий удобен для использования, хорошо переносится пациентами, не имеет побочного действия и противопоказаний к применению, а так же демонстрирует выраженный терапевтический эффект.

### **МОЗГОВОЙ КРОВОТОК, СОСТОЯНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Муталова Э. Г., Стрекалова Л. Ф.,

Шириазданова С. М., Галимуллина Е. Н.

*Башкирский Государственный  
Медицинский Университет,  
Уфа*

Сердечно-сосудистые заболевания, по-прежнему, остаются причиной высокой смертности и инвалидизации населения во всем мире. Артериальная гипертония (АГ) является одним из наиболее модифицируемых факторов риска. На всех этапах своего становления, независимо от пола и возраста, АГ выступает мощным, но потенциально устранимым фактором риска, оказывающим существенное влияние на показатели сердечной недостаточности и цереброваскулярные заболевания.

Одним из перспективных и пока недостаточно разработанных направлений в изучении исследования кровотока периферических сосудов и, в частности, мозгового, где сердечная недостаточность становится проявлением единого континуума сердечно-сосудистых заболеваний, а цереброваскулярная патология (церебральный инсульт) является ведущей причиной высокой инвалидизации и смертности.

Оценка средних значений уровня и колебаний артериального давления в течение суток путём суточного мониторирования (СМАД), исследование мозгового и лёгочного кровотока в покое и после пробы с лёгкой физической нагрузки (проба Мартине), оценка функционального состояния сосудов головного мозга, выявление структурных изменений сонных артерий (ВСА) с определением отношения интима-медиа (КИМ) позволят установить закономерности нарушения периферического кровообращения у больных АГ в зависимости от течения заболевания, степени повышения артериального давления, сердечной недостаточности.

Проведено обследование 130 больных с артериальной гипертонией, контрольную группу составили 25 практически здоровых лиц обоего пола. Оценка колебаний артериального давления проводилась с помощью амбулаторной системы мониторирования артериального давления, исследование периферического кровотока методом дуплексного сканирования, оценка функционального состояния сосудов головного мозга методом двухкомпонентного анализа реоэнцефалограммы.

Результаты исследования.

Установлено увеличение индексов церебрального сосудистого сопротивления в систолу. Отмечено увеличение амплитуды размаха скоростей кровотока при 2-3 степени АГ и пиковой систолической скорости кровотока у больных 3 степени в средней мозговой артерии по сравнению со здоровыми. Увеличение отношения пиковой систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии к пиковой систолической скорости кровотока к внутренней сонной артерии (индекс Линдегаарда-Ааслида) при тяжёлой АГ на 42 %, что указывало на увеличение перфузии мозга. При лёгкой физической нагрузке (20 приседаний) отмечен меньший прирост линейной скорости кровотока в СМАД, что свидетельствовало о снижении реактивности церебральных сосудов на физическую нагрузку. Однако, не оказано влияние на индексы периферического церебрального сосудистого сопротивления у больных 2-3 степени АГ, а при 1 степени отмечалось существенное повышение. Отсутствие прироста индексов сосудистого сопротивления церебральных артерий на физическую нагрузку у больных 2-3 степени АГ свидетельствует о нарушении их констрикторной реакции с поломом механизма ауторегуляции мозгового кровообращения, что снижает толерантность церебральных сосудов к повышению перфузионного давления.

Результаты теста 6-минутной ходьбы у больных АГ в процессе исследования выявили его незначимое снижение до 519 м у 68,3 % и не влияли на состояние мозгового кровотока. В то же время у этих больных по сравнению с контрольной группой возростала мас-

са миокарда левого желудочка на 97,6 % со снижением диастолической функции, что отражает перераспределение трансмитрального кровотока с поступлением большей части крови в левый желудочек во время систолы предсердия при нормальных показателях объёма полостей.

Для количественной оценки мозговой ауторегуляции у больных АГ был рассчитан показатель состоятельности мозговой ауторегуляции (СМАР). Расчёт показателя СМАР показал отрицательные его значения во всех группах больных АГ, величина снижения прямо зависела от степени повышения артериального давления, нарастания хронической сердечной недостаточности (ХСН) и возрастала от  $6,9 \pm 2,3$  у.е. до  $18,7 \pm 5,4$  у.е. при положительном значении у здоровых, равном  $4,1 \pm 1,3$  у.е.

Суточное мониторирование выявило значимое увеличение вариабельности систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления во все временные промежутки ( $p < 0,01$ ) с недостаточным снижением его. При 1 степени АГ ночное снижение было незначительно, при АГ 2-3 степени уровни ночного снижения САД и ДАД уменьшаются высоко значимо ( $p < 0,001$ ).

При оценке суммарного кровотока у больных АГ не выявлено прямой корреляционной зависимости суммарного Q МАГ от суточного профиля артериального давления, что свидетельствовало о способности механизмов ауторегуляции у больных с неосложненным течением поддерживать мозговой кровоток, но нарастало снижение базового церебрального кровоснабжения с увеличением степени ХСН, что ассоциируется с высоким риском развития цереброваскулярных осложнений.

Изучение отношения интимы-медиа выявило его повышение при АГ 3 степени и кризовом течении до  $1,57 \pm 0,3$  ( $p < 0,01$ ), что указывает на утолщение стенки со снижением эластичности как раннее проявление атероматоза. При этом выявлена тесная корреляция выраженности признаков эндотелиальной дисфункции и толщины КИМ сонных артерий ( $r = 0,46$ ;  $p < 0,05$ ).

Получены изменения в артериальной части малого круга кровообращения при АГ с ХСН II-III функционального класса в виде повышения систолического давления в легочной артерии до  $28,5 \pm 2,1$  мм.рт.ст. ( $p < 0,05$ ) с нарастанием до  $30,2 \pm 2,7$  мм рт.ст. при тяжёлой степени АГ и ХСН. Изменения показателей в венозной части малого круга были статистически незначимыми.

Таким образом, при АГ происходит снижение артериального кровенаполнения головного мозга с повышением тонуса внутримозговых сосудов и нарушением венозного оттока, что указывает на ремоделирование сосудов головного мозга и отражается в увеличении диаметров общей сонной и внутренней сонной артерии по сравнению с контрольной группой. Параллельно отмечается снижение систолического притока, ухудшение кровотока по магистральным и крупным лёгочным сосудам, повышение среднего систолического лёгочного давления с возрастанием лёгочного сопротивления.

Следовательно, у больных АГ система кровообращения подчиняется воздействию многих факторов, определяемых как этиологическими факторами, так и особенностями течения артериальной гипертонии в качестве одного из дополнительных факторов стратификации с АГ в группы высокого риска развития мозговых и сердечных осложнений.

#### **ВАРИАбельНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СОПУТСТВУЮЩИМИ МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ**

Омельченко В.П., Демидова А.А., Караханян К.С., Синанян Т.Б., Демидов И.А.

*Государственный Медицинский Университет,  
Ростов-на-Дону*

Целью работы явилось оценить динамические изменения вариабельности ритма сердца (ВРС) при активной ортостатической пробе (АОП) у больных артериальной гипертонией (АГ) и/или метаболическим синдромом (МС), используя метод факторного анализа (ФА). Полагаем, что статистически обоснованное выделение наиболее значимых показателей ВРС позволит лучше понять роль вегетативной нервной системы (ВНС) в патогенезе этих заболеваний.

Обследовано 86 человек. Все обследуемые были разделены на три группы: 22 больных АГ (средний возраст -  $45,0 \pm 0,2$  года), 33 пациента с АГ и МС (средний возраст -  $44,6 \pm 2,8$  года) и контрольная группа из 31 практически здорового человека (средний возраст  $39,7 \pm 0,5$  года). Всем обследуемым проводился анализ ВРС исходно в положении лёжа и в условиях АОП на аппарате «Кармин» (Таганрог, Россия) по стандартной методике. Исследовались временные и спектральные характеристики сердечного ритма. Полученные данные обработаны методом математической статистики с применением ФА с использованием пакета прикладных статистических программ «STATISTICA 5.0. StatSoft, Inc. (2001)» [5]. Суть метода ФА состоит в том, что вычисляются взаимные корреляции всех исследуемых параметров с тем, чтобы объединить наиболее скоррелированные из них в существенно меньшее число наиболее значимых факторов.

Нарушения ВРС у больных АГ и АГ с сочетанным МС имели ряд общих закономерностей: значительное снижение общей мощности спектра при АОП с одновременным усилением симпатических и ослаблением церебральных эрготропных и гуморально-метаболических влияний на пейсмекерную активность синусного узла. Отличительными особенностями для АГ и МС являлись сохраненная общая мощность спектра в покое и легкая исходная ваготония, нивелируемая при АОП. Для АГ характерны исходно низкие значения общей мощности спектра и большинства показателей ВРС, менее выраженные их динамические изменения при АОП. При проведении ФА между контролем и группой АГ обнаружена высокая степень совпадения по числу наиболее значимых параметров ВРС, составивших 1-й и 2-й факторы, среди