

Рентгенконтрастная ангиография как метод диагностики использован нами у 23 (38,5%) больных ОТ и у 36 (71,7%) - ОА. Высокая чувствительность и высокая специфичность ангиографии позволяла решать большинство дифференциально-диагностических проблем при облитерирующих поражениях артерий.

При ОТ на рентгенограмме обнаруживали ровные четкие контуры сосудов, наличие штопорообразных коллатералей, обрыв контрастирования на уровне окклюзии или стеноза был резким. При ОА контуры сосудов были неравномерны. Так, этот метод позволил поставить диагноз ОТ шести больным, у которых был первоначально выставлен диагноз облитерирующего атеросклероза.

Дуплексное сканирование с цветным картированием считается по праву наиболее информативным неинвазивным методом. Указанное исследование выполнено 12 больным (4 - с облитерирующим тромбангиитом и 8 - с атеросклерозом). К этому методу обращались в тех случаях, когда ангиографическое исследование или не проводилось по различным причинам, или когда проведенное исследование не позволяло судить о состоятельности дистального артериального русла.

При ОА по внутреннему контуру сосуда определялись бляшки различной эхоплотности, иногда кальцинированные, которые, постепенно суживая сосуд, вызывали его окклюзию. При ОТ, наоборот, на большом протяжении внутренний контур исследуемого сосуда был гладким, резко обрывался на уровне окклюзии. Толщина комплекса интима-медиа была увеличена, трехслойная структура стенки была нарушена. Таким образом, дуплексное сканирование – объективный метод, позволяющий решать вопросы дифференциальной диагностики указанных заболеваний.

Однако инструментальные методы имеют и ряд недостатков. УЗДГ с СА помогла определить уровень поражения сосуда и степень стеноза, тип кровотока. но при дистальной форме поражения сосуда изменения типа кровотока с помощью этой методики не фиксировались. При ОТ в ряде случаев имело место несоответствие показателей регионарной гемодинамики выраженности ишемии: при ХАН III создавалось впечатление более тяжелой стадии недостаточности регионарного кровообращения, чем при ХАН – IV. Это, по мнению И.И. Сухарева и соавт. (1999), обусловлено повышенной ригидностью и изменением трофики пораженных артерий. При ОА страдает в основном интима сосуда, а при ОТ изменения имеют место и в медиа. Это способствует повышению ригидности стенок артерий, на фоне чего уменьшается ее сжимаемость при измерении регионарного систолического давления, что приводит к ложноположительному увеличению ЛИД что снижает диагностическую ценность метода.

Дуплексное сканирование позволяет выявить и оценить гемодинамические бляшки, состояние артериальной стенки (ее толщину, наличие атеросклеротических бляшек, их гомо- или гетерогенность), даёт представление о состоянии внутренней поверхности артериальной стенки, о состояниях мелких сосудов, коллатеральной сети. Однако он не всегда помогал решить проблему диагностики, поскольку однотипные изменения бывают как при воспалительных состояниях, характерных для ОТ, так и при кольцевидных эхонегативных атеросклеротических бляшках.

Метод рентгенконтрастной ангиографии нельзя использовать для постоянного контроля за состоянием сосудистого русла вследствие инвазивности, токсичности контрастных препаратов, а также лучевой нагрузки на пациента.

Тем не менее, комплексное обследование пациентов, включающее клинико-анамнестические, лабораторные и инструментальные данные, позволяет в основном решать вопросы дифференциальной диагностики ОА и ОТ и определять правильную тактику лечения, что способствует повышению его эффективности, улучшению качества жизни больных.

АЛЬДОСТЕРОН И ЭЛЕКТРОЛИТЫ КРОВИ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Антонов А.Р., Чернякин Ю.Д., Якобсон М.Г.

*Новосибирский государственный медицинский университет
Новосибирск, Россия*

Цель: исследовать динамику концентрации альдостерона плазмы крови (КАП) и электролиты (К и Na) у больных инфарктом миокарда с артериальной гипертензией (ИМ с АГ) и без артериальной гипертензии (ИМ без АГ).

Материалы и методы: обследовано 38 мужчин с ИМ, которые находились на лечение в отделении неотложной кардиологии. Возраст больных от 41 до 64 лет (в среднем $49,3 \pm 4,5$ лет). Диагноз ИМ устанавливался на основании полного клинического обследования в соответствии с классификацией ВОЗ (проводилась запись ЭКГ, определяли АЛТ, АСТ, КФК, тропанин, α -холестерин, триглицериды, общий холестерин). Больные распределились на две группы. Первая группа (26 больных) – ИМ с АГ, вторая группа (12 больных) – ИМ без АГ. Контролем служили 30 здоровых доноров в возрасте от 21 до 38 лет (в среднем $28,2 \pm 3,6$ лет).

КАП определяли с помощью РИА-наборов фирмы "Sorin" (Франция), результаты выражали в нмоль/л. Электролиты в плазме крови определяли плазменно-фотометрическим методом, результаты выражали в г/л. Заборы крови проводили в 1 сутки ИМ, на 3-5 сутки, на 7-10 сутки и на 25-30 сутки.

Результаты исследования: в 1 группе КАП уже в 1 сутки ИМ превышала контроль в 1,5 раза и составила $0,41 \pm 0,08$ нмоль/л. Отличия от контроля и показателей во 2 группе достоверны ($P < 0,05$). Повышенный уровень КАП сохранялся в течение всего времени наблюдения, максимальные значения выявлены на 7-10 сутки исследования ($0,56 \pm 0,1$ нмоль/л, что в 2 раза выше контроля). Во 2 группе КАП в 1 сутки ИМ не отличался от нормы, но был в 1,5 раза ниже, чем в 1 группе ($P < 0,05$). Увеличение КАП в динамике произошло только на 25-30 сутки, составило $0,58$ нмоль/л, что достоверно отличалось от показателей 1 группы и контроля ($P < 0,05$).

Различия в содержании К в обеих группах определяется только в сравнении с контролем - повышение в 1 сутки в 1 группе до $0,18 \pm 0,5$ нмоль/л ($P < 0,05$), во 2 группе $0,19 \pm 0,1$ нмоль/л ($P < 0,05$). Изменений концентрации Na не найдено, что видимо обусловлено инфузионной терапией проводимой больным с самого начала лечения.

При корреляционном анализе КАП и электролитов крови установлена положительная связь средней силы с К ($r = +0,38$, $P < 0,05$).

Заключение: у больных ИМ выявлена гиперальдостеринемия и гиперкалиемия. Наиболее выраженные изменения КАП выявлены у больных ИМ с АГ, которые оставались на всем протяжении обследования. Повышение КАП в группе больных ИМ без АГ произошло только на 25-30 сутки. Корреляционные связи КАП и К подтверждает предположения о стимулирующем действии К на продукцию альдостерона. Повышение КАП при тяжелом ИМ в сочетании с АГ свидетельствует о дезадаптивном течении заболевания с "ложноадаптивным" активированием РААС.

К ВОПРОСУ О ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДАХ У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С ГЕСТОЗОМ И ЖДА НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЖЕЛЕЗА «СОРБИФЕР ДУРУЛЕС»

Бегова С.В.

*Дагестанский Научный Центр РАМН
Махачкала, Россия*

Частота железодефицитной анемии и гестоза возрастает с увеличением кратности родов, что ухудшает исход беременности и родов для плода. Возрастает риск других осложнений беременности, неблагоприятного исхода, как для матери, так и для плода.

Целью исследования явилось изучение влияния препарата «Сорбифер Дурулес» на перинатальные исходы у многорожавших женщин с гестозом и ЖДА.

Под нашим наблюдением находилось 130 многорожавших женщин в III триместре бере-

менности. **Основную группу** составили 70 многорожавших с гестозом и ЖДА, получавшие в качестве базисной антианемической терапии препарат «Сорбифер Дурулес» по 1 таблетке дважды в сутки после приема пищи до окончания периода лактации.

В контрольную группу вошли 60 многорожавших с гестозом и анемией, получавшие стандартное лечение с учетом нозологии. Средний возраст беременных составил $31 \pm 1,5$ лет. Всем обследованным беременным предстояли 5-е роды.

Терапия препаратами железа считалась эффективной при приросте гемоглобина за неделю на $7,8$ г/л.

Низкий уровень гемоглобина ($88,5 \pm 1,2$ г/л) до лечения в основной группе коррелировал со снижением количества эритроцитов в единице объема крови ($2,8 \pm 0,12 \times 10^{12}$ /л). У обследованных беременных отмечался дефицит содержания ферритина ($6,9 \pm 0,28$ мг/л), возрастала общая железосвязывающая способность ($99,9 \pm 12,4$ мкмоль/л). Уровень трансферрина в сыворотке крови и коэффициент насыщения трансферина железом были снижены ($438,5 \pm 12,8$ мг/л и $13,1 \pm 1,3\%$ соответственно).

Полная клиническая и гематологическая ремиссия при применении комплексной терапии наблюдалась у $83,6\%$ беременных в основной группе.

На фоне проводимого лечения значительно повысился уровень гемоглобина. Содержание последнего составило $109,5 \pm 1,2$ г/л у беременных основной группы и достоверно отличалось от аналогичного показателя до лечения. Достоверно выше было также количество эритроцитов, содержание сывороточного железа и ферритина в единице объема крови. Коэффициент насыщения трансферрина железом увеличился в основной группе в 2 раза относительно контрольной группы. Наблюдалось снижение концентрации общей железосвязывающей способности сыворотки крови относительно первоначальных показателей.

Роды через естественные родовые пути произошли у $82,9\%$ женщин основной и у $68,0\%$ женщин контрольной группы. Оперативное родоразрешение имело место в $17,1\%$ случаях в основной группе и $32,0\%$ в контрольной группе. Первый период родов в основной группе осложнился слабостью родовой деятельности у $4,5\%$ рожениц, вторичная слабость родовых сил возникла у $2,7\%$ рожениц. В контрольной группе первичная слабость родовых сил отмечена у $12,0\%$ рожениц, вторичная слабость - у $8,0\%$.

В основной группе с оценкой 8-9 баллов родилось $54,5\%$ новорожденных, а в контрольной группе - $42,5\%$. В состоянии тяжелой асфиксии родились $1,8\%$ новорожденных в основной группе и $6,0\%$ в контрольной группе. Оценка по шкале Апгар в среднем составила $8,7 \pm 0,14$ баллов в