

Выводы

1. В диагностике начальных проявлений нейропатий верхних конечностей у лиц, работающих в неблагоприятных условиях труда, обращает внимание более ранний дебют заболевания - до 30 лет, высокая распространенность сопутствующей патологии артропериартикулярных структур (4-4,4 %).

2. Достоверная положительная динамика в процессе лечения выявлена в группе больных, получавших электрофорез с Нейромидином. Применение электрофореза Нейромидина при периферических нейропатиях позволяет улучшить результаты лечения. Лекарственный электрофорез Нейромидина обладает высокой клинической эффективностью, хорошей переносимостью, экономически доступен, не требует дополнительных затрат и приобретения дорогостоящего оборудования и может быть рекомендован к широкому применению. Клиническая эффективность применения лекарственно-электрофореза Нейромидина значительно повышается при его использовании в комплексной терапии (фармакотерапия, лечебная физкультура, массаж и др.).

Литература:

1. Берзиньш Ю.Э. Туннельные невропатии лучевого нерва в локтевой области Текст. / Ю.Э. Берзиньш, Р.Т., Журнал невропатологии и психиатрии, - 1981, -Т.81, № 12. -С. 1813- 1816.

2. Думбере Р.Т. Компрессионное поражение локтевого нерва в области кисти и его хирургическое лечение Текст. / Р.Т. Думбере // Вопросы нейрохирургии, 1989 - Jfo 1. -С39-44.

3. Думбере Р.Т. Хирургическое лечение туннельных поражений нервов рук Текст. / Р.Т. Думбере, Ю.Э., Берзиньш // Вопросы нейрохирургии, -1988. - №4. -С. 53-55.

4. Жулев С.М. Электронейромиография при туннельных синдромах Текст. / С.Н. Жулев, Т.С. Скородумова, Т. В. Лшц // Актуальные проблемы современной неврологии, психиатрии и нейрохирургии: матер, науч.-практ, конф. СПб., 2003. - G164 • 16S.

5. Тикк АА, О структуре заболеваний периферической нервной системы Текст. / А. А. Тикк, Т.Э. Вирро, Р.Ю., Пыллумаа // Журнал невропатологии и психиатрии, 1983. 8. -С. 1165 -1167.

6. Флетчер Р. Клиническая эпидемиология Текст. / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер. М:- Медиа Сфера, 1998. - 345 с.

УДК 616.12-008.331

СОСТОЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ГЕМОДИАЛИЗА

А. Т. Айтуганова

АО «Медицинский университет города Астана», г. Астана

Резюме

Целью нашего исследования явилось изучение внутрисердечной гемодинамики у больных в терминальной стадии ХПН в зависимости от продолжительности гемодиализа. В динамике с увеличением продолжительности гемодиализа увеличены показатели центральной гемодинамики, фракции выброса. Ударный и минутный объемы сердца были снижены статистически достоверно ($p < 0,001$). Однако масса миокарда левого желудочка оставались увеличенными, что свидетельствует о необходимости рациональной коррекции показателей гемодинамики, возможно путем более тщательного подбора гипотензивных препаратов, оказывающих влияние на степень гипертрофии левого желудочка.

Тұжырым

Гемодиализдің жүргізілу ұзақтығына байланысты созылмалы бүйрек жетіспеушілігі бар науқастардағы гемодинамика көрсеткіштері

Біздің зерттеуіміздің мақсаты: Гемодиализдің жүргізілу ұзақтығына байланысты СБЖ терминальды сатысы кезіндегі жүрекшілік гемодинамиканы зерттеу. Гемодиализдің ұзақтығы артқан сайын орталық гемодинамиканың, лақтыру фракциясының көрсеткіштері жоғарылады. Жүректің айдау және минуттық көлемдерінің төмендеуі статистік сенімді анықталды ($p < 0,001$). Бірақ сол қарыншаның көлемі ұлғайған түрінде сақталды, бұл гемодинамика көрсеткіштерін тиімді реттеу қажеттігін дәлелдейді. Сол қарыншаның гипертрофиясының дәрежесіне әсер ететін гипотензивті препараттарды неғұрлым тиянақты таңдау арқылы жүргізуге болады.

Summary

The indications of hemodynamic of the patients with chronic renal failure in dependance from duration of hemodialysis

The aim of our investigation was research of cardiac hemodynamic of the patients in terminal stage of CRF in dependance from duration of hemodialysis. The increasing of the parameters of central hemodynamic, parameters of cardiac output were founded in dynamic at increasing the hemodialysis duration. Minute volume of heard was decreased. But the increased mass of the left ventricle was founded, which said about the necessity the rational correction the hemodynamic's imdications, which depend on the degree the left ventricle's hypertrophy.

Актуальность Проблема кардиоваскулярной патологии при хронической почечной недостаточности

(ХПН) является одной из наиболее актуальных в современной нефрологии. Многочисленные клинические

и экспериментальные исследования демонстрируют более сложный патогенез кардиоваскулярных нарушений при ХПН, чем в общей популяции. Повышенный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний при ХПН связывают как с их многопрофильной природой, так и одновременным воздействием у одного и того же больного нескольких факторов [1,2]. По данным Европейской ассоциации диализа и трансплантации (ЭДТА), Почечных регистров США (USRDS), Национальных институтов здоровья (NCHS) и диабета, продуктов питания и болезней почек США (NJDDDKD), распространенность сердечно-сосудистой патологии в общей популяции составляет от 5% до 12%, а связанная с ней ежегодная смертность – 0,26 – 0,27%. В то же время, у больных с конечной стадией заболевания почек частота сердечно-сосудистой патологии составляет 40-50%, а ежегодная смертность, ею обусловленная – 7-9,5%, что в 20 раз превышает летальность в общей популяции. Одна треть неотложных госпитализаций больных с ХПН связана с сердечно-сосудистыми осложнениями и смертность диализных больных при этих нарушениях составляет 40-48% [3,4].

Длительность и качество жизни больных с терминальной хронической почечной недостаточностью (ХПН) зависит от множества факторов, среди которых осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы занимают центральное место [5]. Длительный гемодиализ ассоциируется с прогрессирующей гипертрофией миокарда. Показано, что у больных имевших неизменную эхокардиограмму к началу диализа, в условиях гемодиализа ГЛЖ возникла спустя несколько месяцев [6,7]. Артериальная гипертензия является одним из наиболее значимых факторов ухудшения качества их жизни [7].

Целью нашего исследования явилось изучение внутрисердечной гемодинамики у больных с артериальной гипертензией в терминальной стадии ХПН в зависимости от длительности проведения гемодиализа.

Материалы и методы исследования Под наблюдением находились 25 больных, которые по продолжительности гемодиализа больные были распределены на 3 группы: I группа – продолжительность диализа 6-12 мес, II группа – 13-36 мес, III группа – 37 и более месяцев. Всем пациентам проводилось стандартное для больных с ХПН клиническое, лабораторное и инструментальное обследование. Параметры центральной гемодинамики и массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) оценивались с использованием М-режима эхокардиографа «Toshiba – SSH 60A» (Япония) по методике Американской ассоциации эхокардиографии (ASE). Определялась величина конечного диастолического, конечного систолического и ударного объемов сердца. В работе использовались также приведенные к площади поверхности тела величины этих параметров: индекс конечного диастолического объема ЛЖ (ИКДО) и ударный индекс (УИ). Гипертрофия левого желудочка нами определялась на основании расчета ММЛЖ по методике Pen и ее индексированной величины (иММЛЖ).

Согласно стратификации по артериальному давлению все больные относились к 3-й степени повышения АД. Пациенты получали хронический диализ (2-3 раза

в неделю 4 часа) на аппаратах «искусственная почка» фирмы Fresenius (F4008S). По продолжительности гемодиализа больные были распределены на 3 группы: I группа – продолжительность диализа 6-12 мес., II – 13-36 мес., III группа – 37 и более месяцев. Возраст больных колебался в среднем от 46,8 лет в I группе до 48 лет – во II и 41,5 лет в III группе. Все обследованные имели признаки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) (I группа – $253,8 \pm 15,3$ г/м², II группа – $223,6 \pm 16,1$ г/м², III – $264,1 \pm 19,4$ г/м², $p < 0,001$). Концентрический тип ГЛЖ обнаружен у 15 обследованных, эксцентрический – у 9, которые были распределены в 3-х группах с одинаковой частотой. Всем больным с эксцентрическим типом ГЛЖ диагностирована дилатация ЛЖ. Приведенные параметры свидетельствуют о сопоставимости сравниваемых групп. В динамике с увеличением продолжительности гемодиализа имели положительную динамику показатели центральной гемодинамики. Ударный и минутный объемы сердца у больных I группы ($118,2 \pm 9,5$ мл и $10,40 \pm 0,94$ л/мин соответственно) статистически достоверно ($p < 0,001$) были снижены как во II ($75,5 \pm 6,9$ мл и $5,65 \pm 0,43$ л/мин) так и в III ($66,8 \pm 7,2$ мл и $5,17 \pm 0,54$ л/мин) группах. Периферическое сопротивление сосудов также имело тенденцию к снижению ($2629,4 \pm 324,0$ дин.с.см⁻⁵ в I группе, $2145,3 \pm 209$ дин.с.см⁻⁵ - в III). Обнаружено увеличение фракции выброса от $41,6 \pm 3,8$ % в I группе до $54,8 \pm 3,5$ в III ($p < 0,001$). Однако масса миокарда левого желудочка и соответственно индекс ММЛЖ в динамике гемодиализа оставались увеличенными ($243,6 \pm 13,3$ г/м² в I группе, $243,0 \pm 12,6$ г/м² - во II и $254,4 \pm 18,2$ г/м² – в III группе), что свидетельствует о необходимости рациональной коррекции показателей гемодинамики, возможно путем более тщательного подбора гипотензивных препаратов, оказывающих влияние на степень гипертрофии левого желудочка.

Литература:

1. Волков М.М. Факторы течения заболевания, влияющие на выживаемость больных на хроническом гемодиализе. Нефрология 1997; 1; 43-49.
2. Bologa R.M., Levine D.M., Parker T.S. et al. Interleukin – 6 predicts hypoalbuminemia, hypocholesterinemia and mortality in hemodialysis patients. Am J Kidney 1998; 32: 107-114.
3. Iseki K., Yamazato M., Tozava M. et al. Hypocholesterinemia is a significant predictor of death in a cohort of chronic hemodialysis patients. Kidney Int 2002; 61: 1887 – 1893.
4. Волгина Г.В., Перепеченных Ю.В., Бикбов Б.Т., А.И. Ушакова., ЮВ. Китаева и др. Факторы риска кардиоваскулярных заболеваний у больных с хронической почечной недостаточностью. Нефрология и диализ 2000; 4, 252 – 259.
5. Mailloux L.U., Napolitano B., Belucci A.G. et al. The impact of co-morbid risk factors at the start of dialysis upon the survival of ESRD patients. ASA10 J. 42: 164-169, 1996.
6. U.S. Renal Data System, 1999 Annual Data Report. Am J kidney Dis 34 (suppl 1), 1999.
7. Земченков А.Ю., Томилина Н.А., «К/Доки» обращается к истокам хронической почечной недостаточности. Нефрология и диализ. 2004: 3, 204 – 220.