

6. Давидович И.М., Афонасьев О.В., Поротикова Е.В. Мужчины молодого возраста с гипертонической болезнью: связь между состоянием нейродинамики, вариабельностью ритма сердца и кровотоком в средней мозговой артерии // Дальневосточ. мед. журнал. – 2010. – № 3. – С. 90–94.

7. Давидович И.М., Афонасьев О.В., Староверова Ю.К. и др. Ауторегуляция сосудистого тонуса и влияние на нее антигипертензивной терапии у мужчин молодого возраста, офицеров по контракту с гипертонической болезнью // Дальневосточ. мед. журнал. – 2010. – № 4. – С. 11–16.

8. Кельцева Ю.В. Состояние кровотока и реактивности магистральных артерий головного мозга у больных гипертонической болезнью в процессе оптимизирующей антигипертензивной терапии: дис. ... канд. мед. наук. – Самара, 2000. – 151 с.

9. Лелюк С.Э. Состояние сосудистой системы головного мозга при артериальной гипертензии (кли-

нико-ультразвуковое исследование): дис. ... докт. мед. наук. – Москва, 2002. – 330 с.

10. Лелюк В.Г., Лелюк С.Э. Ультразвуковая ангиология. – М.: Реальное время, 2003. – 343 с.

11. Стороженко С.Ю., Афанасьев Ю.И. Состояние периферического сосудистого сопротивления, мозговой гемодинамики и цереброваскулярной реактивности у больных артериальной гипертензией // Рос. мед. журнал. – 2009. – № 3. – С. 9–13.

12. Шмырев В.И., Остроумова О.Д., Гажонова В.Е. и др. Исследование цереброваскулярной реактивности у больных пожилого возраста с эссенциальной артериальной гипертензией // Жур. неврол. и психиатрии. – 2002. – № 7. – С. 48–53.

13. Aaslid R., Lindegaard K.F., Sorteberg W., Nornes H. Cerebral autoregulation dynamics in humans // Stroke. – 1989. – V. 20. – P. 45–52.

14. Panerai R.B., Evans D.H., Naylor A.R. Influence of Arterial Blood Pressure on Cerebrovascular Reactivity // Stroke. – 1999. – V. 30. – P. 1293a.

Координаты для связи с авторами: Кривенко Людмила Евгеньевна – доктор мед. наук, проф., зав. каф. поликлиники и общей врачебной практики (семейной медицины) ВГМУ, тел. +7-914-969-83-61, e-mail: criwenko.ludmila@ya.ru; Кузьменко Елена Анатольевна – канд. мед. наук, врач функциональной диагностики, тел. 8-(4232)-23-74-99; Вуд Татьяна Геннадьевна – канд. мед. наук, преподаватель Гриффитского университета, тел. +7-10-61-411-95-33-29; Шерстнева Елена Петровна – канд. мед. наук, доцент кафедры поликлиники и общей врачебной практики ВГМУ, тел. +7-902-557-83-27.



УДК 616.65-002:616.1

Д.Н. Зайцев, А.В. Говорин, П.П. Терешков

НАРУШЕНИЯ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Читинская государственная медицинская академия,
672027, ул. Горького, 39а, тел. 8-(3022)-35-43-24, факс 8-(3022)-32-30-58,
e-mail: pochta@medacadem.chita.ru, г. Чита

Резюме

У больных хроническим простатитом часто встречается синдром вегетативной дисфункции, проявляющийся гиперсимпатикотонией и снижением защитного вагусного контроля сердечной деятельности. Длительная симпатотония приводит к развитию синдрома нарушения утилизации жирных кислот с дисбалансом в системе адениловых нуклеотидов, что сопровождается ухудшением кардиогемодинамических показателей и развитием аритмий у данной категории пациентов.

Ключевые слова: хронический простатит, вегетативная дисфункция, кардиогемодинамика.

D.N. Zaitzev, A.V. Govorin, P.P. Tereshkov

BLOOD CIRCULATION DYNAMICS IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS

Chita State Medical Academy, Chita

Summary

For patients with chronic prostatitis is common autonomic dysfunction, manifested increase activity of sympathetic nervous system and decreased vagal control of the heart. Prolonged sympathotony leads to syndrome of utilization of fatty acids with an imbalance in the system of adenine nucleotides, which is accompanied by deterioration dynamics of blood circulation and the development of arrhythmias in these patients.

Key words: chronic prostatitis, vegetative dysfunction, dynamics of blood circulation.

Одну из ключевых ролей в патогенезе многих сердечно-сосудистых заболеваний в настоящее время отводят вегетативной дисфункции [1, 2, 3, 9]. В рамках данного синдрома в отечественной и зарубежной литературе рассматриваются различные состояния и заболевания, включая и патологию мочеполовой системы. Так, при хроническом простатите имеет место нарушение половой функции, часто сопровождающееся дисбалансом в функционировании симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы [11, 13, 15]. В свою очередь, длительно существующая вегетативная дисфункция при хроническом простатите может явиться одним из потенциальных факторов риска развития ранних сердечно-сосудистых нарушений. В настоящее время наиболее перспективным неинвазивным инструментальным методом, позволяющим определить функциональное состояние вегетативной нервной системы, является исследование вариабельности ритма сердца [12, 14, 16]. В то же время работ, посвященных изучению вариабельности ритма сердца при хроническом простатите, в литературе нет. Одной из ранних причин дисфункции сердечной мышцы при различных заболеваниях сердечно-сосудистой системы, в том числе и некоронарогенных, является структурное ремоделирование миокарда [4, 6, 7, 10]. Так, в единичных сообщениях отмечено нарушение процессов расслабления миокарда у больных хроническим простатитом [5], однако вопрос о механизмах их развития при данном заболевании до сих пор остается открытым. Вместе с тем важным звеном поражения сердца при различных заболеваниях являются нарушения энергетического и субстратного метаболизма миокарда [4, 8]. Однако исследований, посвященных изучению роли изменений НЭЖК и адениловых нуклеотидов в развитии кардиогемодинамических нарушений у пациентов с хроническим простатитом нет.

Цель – изучение роли вегетативных нарушений и изменения содержания в сыворотке крови незатерифицированных жирных кислот, глицерола и адениловых нуклеотидов в развитии кардиогемодинамических нарушений и аритмий у больных хроническим простатитом.

Материалы и методы

В настоящей работе представлены результаты обследования 52-х больных хроническим простатитом, средний возраст которых составил $35 \pm 5,6$ лет. Контрольную группу составили 24 здоровых мужчины. В исследование не включались пациенты старше 45-ти лет, имеющие различные заболевания сердца, артериальную гипертензию, эндокринную патологию, злокачественные новообразования, хроническую почечную и печеночную недостаточность, воспалительные заболевания любой другой локализации (острые, хронические в стадии обострения). Вегетативный статус определялся с помощью: оценки клинической картины вегетативных нарушений, вегетативной анкеты (по А.М. Вейн) [1, 2] и вегетативного индекса Кердо. Холтеровское суточное мониторирование ЭКГ с анализом спектральных, временных и геометрических показателей вариабельности ритма сердца (BPC), определении

ем структуры нарушений ритма сердца проводилось при помощи мониторингового комплекса «Astrocard» с одноименным программным обеспечением. При автоматизированном спектральном анализе BPC рассчитывались следующие показатели: Tr, VLF, LF, HF, LF/HF. Во временной области оценивались следующие параметры: SDNN, SDANN, SDNN index, PNN50, RMSSD. Изучался геометрический показатель TINN. Эхокардиографическое исследование проводилось по стандартной методике на аппарате «Logic 400» с определением комплекса общепринятых морфофункциональных параметров. Для определения общего уровня НЭЖК использовали колориметрический метод определения медных солей (Прохоров М.Ю., 1977). Уровень глицерола в сыворотке крови определяли методом ферментативного фотометрического теста с глицерол-3-фосфатодексазой (Rifai N.; Tietz N.B.). Концентрацию АТФ в эритроцитах определяли по методу Явербаума П.М. и соавт. Концентрации АДФ и АМФ в эритроцитах определяли по методике Bergmeyer H.U. Статистическая обработка материала проведена с применением пакета статистических программ «Statistica 6.0». Данные представлены в виде среднего арифметического $\pm$ стандартное отклонение ($M \pm SD$). Полученные данные не подчинялись закону нормального распределения (по критерию Колмогорова-Смирнова), в связи с чем статистическую значимость межгрупповых различий оценивали с помощью U-теста Манна-Уитни. Различия считали статистически значимыми при двустороннем уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования

По результатам анкетирования все пациенты с хроническим простатитом были разделены на две группы: первую группу составили 32 пациента (61 %), имеющие вегетативные расстройства в виде активации симпатического отдела вегетативной нервной системы. Вторую группу составили 20 пациентов (39 %), имеющих сбалансированное соотношение симпатического и парасимпатического звена вегетативной нервной системы. Поскольку больных ваготоников, выделенных по клиническим симптомам и с помощью индекса Кердо, было существенно меньше, чем пациентов двух других групп, а по параметрам вариабельности ритма сердца они не имели существенных различий с эйтониками, данные пациенты были объединены со второй группой. При проведении суточного мониторирования ЭКГ были изучены основные спектральные, временные и геометрические показатели вариабельности ритма сердца (табл. 1).

Установлено, что у больных ХП – симпатотоников большинство спектральных, временных и геометрических показателей BPC существенно отличались от аналогичных параметров эйтоников и лиц контрольной группы. Так, среди спектральных показателей у пациентов первой группы наиболее низкое значение имел маркер вагусной активности – HF-компонент, что сопровождалось увеличением коэффициента LF/HF, указывающего на преобладание симпатических влияний на сердечный ритм. Среди временных показателей аналогичные изменения касались параметров SDNN, SDANN, отражающих общий тонус вегетатив-

ной нервной системы, а также маркеров парасимпатических влияний – PNN50 и RMSSD. Геометрический показатель TINN также был существенно снижен у пациентов-симпатотоников по сравнению с лицами двух других групп ($p<0,05$). Данные изменения свидетельствуют о значительном дисбалансе в функционировании двух отделов вегетативной нервной системы у больных ХП с преимущественной активацией ее симпатического звена и снижением вагусного контроля сердечной деятельности. При изучении показателей энергетического обмена было установлено, что у пациентов-симпатотоников уровень АТФ в эритроцитах был снижен на 23,3 % по сравнению с параметрами эйтоников, и на 40,1 % – с показателями лиц контрольной группы ($p<0,05$). Различия содержания АДФ в эритроцитах у пациентов всех исследуемых групп было статистически незначимо. При этом соотношение АТФ/АДФ у больных 1-й группы было снижено на 27 % по сравнению с аналогичным показателем пациентов 2-й группы, а значения коэффициента АДФ×АМФ/АТФ у симпатотоников на 77 % превышали данный параметр лиц эйтоников. Содержание АМФ в эритроцитах, а также НЭЖК, глицерола в сыворотке крови не имело существенных различий у лиц 1-й и 2-й группы, тогда как данные показатели у симпатотоников значительно отличались от аналогичных параметров лиц контрольной группы. Так, содержание глицерола у симпатотоников было на 31,3 % меньше по сравнению со значением данных показателей лиц контроля, при этом концентрация АМФ на 88,7 %, а НЭЖК на 78,5 % превышали данные параметры лиц контрольной группы ($p<0,05$) (табл. 2).

Таким образом, у больных хроническим простатитом имеет место синдром нарушения утилизации жирных кислот, характеризующийся накоплением в крови НЭЖК при одновременном снижении уровня глицерола, а также снижением содержания в эритроцитах АТФ и повышением АМФ. Наиболее выраженные изменения изученных показателей зарегистрированы у больных с активацией симпатического отдела вегетативной нервной системы.

Таблица 1

Спектральные, временные и геометрические показатели вариабельности ритма сердца у больных хроническим простатитом, оцененные при суточной записи ЭКГ (M±SD)

Показатель	Контроль (n=24)	Больные ХП эйтоники (n=20)	Больные ХП симпатотоники (n=32)
Tr, мс ²	46420±14187,2	41804±17197,1	26207±12036,4
VLF, мс ²	2720±624,6	2690±827,7	2362±1274,3
LF, мс ²	2640±520,4	1574±608,2	1507±821,3
HF, мс ²	936±276,2	481±175,5	260±130,8*,#
LF/HF	2,82±1,34	3,08±1,03	6,6±2,75*,#
SDNN, мс	189,2±21,12	182,8±51,8	144±36,7*,#
SDANN, мс	174,4±16,44	171,9±52,2	133,5±41,7*,#
SDNNi, мс	72,2±12,27	69±17,47	63,2±19,5
PNN50, %	21,5±6,19	20,8±11,68	10,2±7,6*,#
RMSSD, мс	58,4±8,9	49,8±19,75	33,3±10,68*,#
TINN, мс	805,6±160,83	794,3±273,5	611,4±215,8*,#

Примечание. * – обозначена статистическая значимость различий показателей по сравнению с больными эйтониками, # – по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$).

Таблица 2

Содержание НЭЖК в плазме крови и адениловых нуклеотидов в эритроцитах крови у больных хроническим простатитом в зависимости от типа вегетативного обеспечения (M±SD)

Показатель	Контроль (n=24)	Пациенты ХП эйтоники (n=20)	Пациенты ХП симпатотоники (n=32)
АТФ, ммоль/л	1,87±0,14	1,46±0,18#	1,12±0,33*,#
АДФ, ммоль/л	1,17±0,36	0,68±0,34	0,79±0,42
АМФ, ммоль/л	0,89±0,12	1,4±0,45	1,68±0,63#
АТФ/АДФ	1,62±0,23	2,22±0,46	1,62±0,91*
АДФ×АМФ/АТФ	0,56±0,11	0,74±0,61	1,31±1,07*,#
НЭЖК, мкмоль/л	451,9±48,76	795±105,47#	806,7±131,8#
Глицерол, мкг/дл	3,35±0,41	2,28±0,56#	2,3±0,47#
НЭЖК/Глицерол, ед.	137,6±27,89	368,2±101,58#	372,8±129,7#

Примечание. * – обозначена статистическая значимость различий показателей по сравнению с больными эйтониками, # – по сравнению с показателями лиц контроля ($p<0,05$).

При проведении ЭхоКГ были изучены параметры трансмитрального потока. Из четырех известных типов потока (нормальный, гипертрофический, псевдонормальный, декомпенсированный) у больных ХП встречались 2 типа: нормальный тип (80,8 %) и гипертрофический тип (у 19,2 % пациентов). Так, в группе пациентов-симпатотоников нарушение функции расслабления левого желудочка имели 25 % пациентов, тогда как у эйтоников диастолическая дисфункция левого желудочка встречалась лишь в 10 % случаев. В дальнейшем у пациентов, распределенных на две группы в зависимости от наличия либо отсутствия диастолической дисфункции левого желудочка, были изучены большинство кардиогемодинамических показателей (табл. 3).

Таблица 3

Изменения кардиогемодинамических показателей у больных хроническим простатитом в зависимости от диастолической функции левого желудочка (M±SD)

Показатель	Контрольная группа (n=24)	Больные без диастолической дисфункции (n=42)	Больные с диастолической дисфункцией (n=10)
ЧСС, уд/мин	68,5±8,5	64,7±9,1	73,5±10,8*
Аорта, мм	30,3±3,2	34±3,8	36,7±2,7
ЛП, мм	31,3±2,6	36,2±3,4	36,6±2,5*
ПЖ, мм	17,7±1,6	26,5±3,5	25,8±1,4
КСР, см	3,4±0,3	3,0±0,2	3,1±0,3
КДР, см	4,9±0,4	4,9±0,3	4,8±0,4
КДР/S	2,7±0,1	2,5±0,1	2,6±0,2
InTЗС	1,9±0,1	2,2±0,1*	2,3±0,1*,#
InМЖП	2,0±0,1	2,2±0,1	2,3±0,1*
InКСО	3,4±0,3	3,4±0,1	3,6±0,2*
InКДО	4,4±0,1	4,7±0,1	4,7±0,1
InиКДО	3,8±0,1	4,0±0,1	4,0±0,1
InиКСО	2,6±0,1	2,7±0,1	2,9±0,2*,#
InУО	3,9±0,2	4,4±0,2	4,3±0,2
InУИ	3,3±0,1	3,7±0,1	3,6±0,2
InМО	1,2±0,1	1,6±0,2*	1,7±0,2*
InСИ	0,6±0,1	0,8±0,2	1,0±0,2*,#
ФВ, %	63,5±6,5	68,4±5,1	65,8±3,2
ММЛЖ, г	119,4±20,4	161,3±25,2*	182,1±34,1*
ИММЛЖ, г/м ²	64,4±6,2	85,3±11,8	96,1±19,7*
ВИБР, мс	57,1±9,4	95±17,5*	99,3±12,4*
ФМН, мс	171,1±5,1	152,6±29,1	167,5±36,1

Примечание. * – по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$), # – по сравнению с группой больных без диастолической дисфункции левого желудочка ($p<0,05$).

Так, основные отличия касались ЧСС, которая в 1-й группе была выше на 13 % по сравнению с показателями лиц 2-й группы; толщина задней стенки (ТЗС), индекс конечного систолического объема (иКСО) и сердечный индекс (СИ) у больных с диастолической дисфункцией значительно превышали аналогичные параметры лиц без нарушения функции расслабления левого желудочка и контрольной группы ($p < 0,05$). Такие показатели, как конечный систолический объем (КСО), масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и ИММЛЖ у лиц с диастолической дисфункцией различались лишь с параметрами лиц контроля ($p < 0,05$). В дальнейшем у всех пациентов была изучена частота и структура нарушений ритма сердца. Так, 38 больных (74 %) имели суправентрикулярные и желудочковые нарушения ритма сердца, тогда как у 14-ти пациентов (26 %) нарушений ритма сердца зафиксировано не было. Суправентрикулярные аритмии были представлены наджелудочковыми экстрасистолами (у 76,2 % пациентов), пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (2,4 %) и желудочковыми экстрасистолами различных градаций – от I до IVB по классификации Лаун-Вольф (21,4 %). У всех пациентов с диастолической дисфункцией левого желудочка регистрировались нарушения ритма сердца: у 72,7 % больных – суправентрикулярные, у 27,3 % – желудочковые аритмии. Дилатация левого предсердия, зафиксированная при эхокардиографическом исследовании сердца, в 60 % случаев сопровождалась суправентрикулярной экстрасистолой, пароксизмальной формой фибрилляции предсердий и желудочковыми аритмиями различных градаций. Структура аритмий у пациентов с хроническим простатитом представлена в табл. 4.

Интересно отметить тот факт, что при наличии пролапса митрального клапана у больных хроническим простатитом в 73,7 % случаев регистрировались суправентрикулярные и желудочковые аритмии, однако количество и тяжесть аритмий была меньше, чем у больных со структурными изменениями в миокарде левого желудочка и предсердия. Наличие суправентрикулярных и желудочковых нарушений ритма сердца может вносить дополнительный вклад в ухудше-

ние кардиогемодинамики у пациентов с хроническим простатитом. Таким образом, одним из механизмов нарушения функции расслабления левого желудочка у больных хроническим простатитом, вероятно, является вегетативный дисбаланс с длительной симпатотонией, который, во-первых, приводит к развитию синдрома нарушения утилизации жирных кислот в миокарде и энергетическому дефициту, преимущественно за счет снижения содержания АТФ в эритроцитах. Во-вторых, симпатотония, как известно, может прямо или опосредованно (через ренин-ангиотензин-альдостероновую систему) инициировать и поддерживать процессы избыточного роста кардиомиоцитов [17]. Длительное существование гипертрофического типа спектра потока с увеличением массы миокарда может усугублять ремоделирование левого желудочка, приводить к развитию суправентрикулярных и желудочковых аритмий, являясь фактором риска для более раннего развития ишемической болезни сердца.

Таблица 4

Структура нарушений ритма сердца у больных хроническим простатитом

	Суправентрикулярная экстрасистолия, n (%)	Мерцательная аритмия, n (%)	Желудочковая экстрасистолия, n (%)	Отсутствие аритмий, n (%)
Без структурных изменений миокарда (n=36)	19 (54,3 %)	–	5 (14,3 %)	11 (31,4 %)
С наличием структурных изменений миокарда (n=16)	12 (60 %)	1 (5 %)	5 (25 %)	2 (10 %)

Выводы

У больных хроническим простатитом довольно часто встречается синдром вегетативной дисфункции, проявляющийся гиперсимпатикотонией и снижением защитного вагусного контроля сердечной деятельности. Длительная симпатотония приводит к развитию синдрома нарушения утилизации жирных кислот с дисбалансом в системе адениловых нуклеотидов, что сопровождается ухудшением кардиогемодинамических показателей и развитию аритмий у данной категории пациентов.

Литература

1. Вейн А.М. Лекции по неврологии неспецифических систем мозга. – МЕДпресс-информ, 2010. – 112 с.
2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение. – М. : ООО МИА, 2003. – 752 с.
3. Говорин А.В. Нестабильная стенокардия: вопросы патогенеза и принципы фармакотерапии с учетом психопатологических нарушений: дис. докт. мед. наук / А.В. Говорин; Первый Московский мед. ин-т. – М., 1991. – 258 с.
4. Говорин А.В. Некоронарогенные поражения миокарда. – Новосибирск : Наука, 2010. – 231 с.
5. Искендеров Б.Г. Структурно-функциональные изменения сердца и содержания половых гормонов у мужчин с половой дисфункцией / Б.Г. Искендеров, Т.Н. Вакина, А.М. Шутов // Клиническая медицина. – 2004. – № 4. – С. 43-45.
6. Ларева Н.В. Сердечно-сосудистые нарушения в постменопаузе: патогенез, особенности клинического течения / Н.В. Ларева, А.В. Говорин. – Чита: ИИЦ ЧГМА, 2008. – 100 с.
7. Мартынов А.И. Гипертрофия миокарда левого желудочка при артериальной гипертензии: клиническое значение, диагностика, влияние антигипертензивных препаратов / А.И. Мартынов, О.Д. Остроумова, В.И. Мамаев и др. // Клиническая медицина. – 2000. – № 10. – С. 10-17.
8. Меерсон Ф.З. Влияние адаптации к физической нагрузке на возрастную динамику сократительной функции и массы левого желудочка сердца человека / Ф.З. Меерсон, З.В. Береснева // Кардиология. – 1982. – № 1. – С. 85-90.
9. Оздоева Л.Д. Взаимосвязь факторов риска атеросклероза и тревожно-депрессивных состояний у муж-

чин из неорганизованной популяции / Л.Д. Оздоева // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2003. – № 2. – С. 59–64.

10. Чазова И.Е. Структурно-функциональные изменения миокарда при артериальной гипертензии и их прогностическое значение / И.Е. Чазова, В.В. Дмитриев, С.Н. Толпыгина и др. // Тер. архив. – 2001. – № 9. – С. 50–56.

11. Щетинин В.В. Простатит / В.В. Щетинин, Е.А. Зотов. – М.: Медицина, 2003. – 488 с.

12. Alan H. Kadish. ACC/AHA Clinical Competence Statement on Electrocardiography and Ambulatory Electrocardiography A Report of the ACC/AHA/ ASP-ASIM Task Force on Clinical Competence Endorsed by the International Society for Holter and Noninvasive Electrocardiology / H. Kadish Alan, E. Buxton Alfred, L. Kennedy Harold et al. // Circulation. – 2001. – № 104. – P. 3169–3178.

13. Berghuis J.P. Psychological and physical factors involved in chronic idiopathic prostatitis / J.P. Berghuis // J. Psychosom. Res. – 1996; 41:313–25.

14. Crawford M.H. ACC/AHA guidelines for ambulatory electrocardiography: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines / M.H. Crawford, S.J. Bernstein, P.C. Deedwania et al. // J. Am Cardiol. – 1999. – № 34. – P. 912–48.

15. Egan K.J. Psychological factors in chronic painful prostatitis syndrome / K.J. Egan, J.N. Krieger // Clin. J. Pain. – 1994. – Vol. 10. – P. 218–225.

16. Pedretti R.F.E. Heart rate variability after myocardial infarction: a useful tool for predicting of life-threatening ventricular arrhythmias in the thrombolytic era / R.F.E. Pedretti, S.S. Braga, A. Laporta // Eur Heart J. – 1996. – Vol. 17: Abstr : Suppl : 29.

17. Siche J.P. Examination of variability in arterial blood pressure at rest using spectral analysis in hypertensive patients / J.P. Siche, F. Tremel, V. Comparat et al. // J. Hypertens. – 1995. – Vol. 13, № 1. – P. 147–153.

Координаты для связи с авторами: Зайцев Дмитрий Николаевич – канд. мед. наук, ассистент кафедры факультетской терапии ЧГМА, тел. +7-964-467-68-64, e-mail: zaicevdm@mail.ru; Говорин Анатолий Васильевич – доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой факультетской терапии ЧГМА, тел. 8-(3022)-35-43-24, e-mail: pochta@medacadem.chita.ru; Терешков Павел Петрович – канд. мед. наук, зав. лабораторией экспериментальной и клинической химии и иммунологии НИИ медицинской экологии ЧГМА.



УДК 616.12092-07-08

Д.Е. Порушничак², Е.Б. Порушничак², Б.И. Кузник¹

СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА В РАЗЛИЧНЫХ БАССЕЙНАХ СОСУДИСТОГО РУСЛА ПРИ СТАБИЛЬНОЙ И НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

¹Читинская государственная медицинская академия,
672000, ул. Горького, 39а, тел. 8-(3022)-32-16-23, факс 8-(3022)-32-30-58, e-mail: pochta@medacadem.chita.ru;

²Краевая клиническая больница, 672000, ул. Коханского, 7, тел. 8-(3022)-31-42-75, г. Чита

Резюме

Установлено, что при нестабильной стенокардии спонтанная агрегация тромбоцитов в венозной и артериальной крови протекает интенсивнее, чем при стабильной. В то же время при действии лигандов (АДФ, коллаген, адреналин, ристомин) при нестабильной стенокардии, по сравнению со стабильной, агрегация кровяных пластинок может быть ослаблена, что зависит от их высокой спонтанной конгломерации.

Показано, что исследование венозной крови не отражает истинного состояния агрегационной активности тромбоцитов в крови, взятой из коронарных артерий. Более точное представление об агрегационной активности тромбоцитов в крови, полученной из коронаров, дает исследование периферической артериальной крови. Исключение составляет агрегация тромбоцитов на ристомин, протекающая по показателям светопропускания интенсивнее, чем в периферической артериальной, но слабее, чем в венозной крови.

Ключевые слова: агрегация тромбоцитов, кровь, артерия, вена, коронарные артерии.