

А. И. НЕЙМАРК

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ МИОКАРДА ПРИ НЕФРЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С НЕФРОГЕННОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Исследована центральная гемодинамика и сократительная способность миокарда левого желудочка у 11 больных (9 женщин и 2 мужчин) в возрасте от 24 до 42 лет. Систолическое артериальное давление у обследованных больных колебалось от 160 до 220 мм рт. ст., диастолическое — от 100 до 120 мм рт. ст. Центральная гемодинамика изучалась радиокордиографией на установке ДСУ-61 с самописцем Н 370 АМ с применением альбумина, меченного J^{131} . Определялись сердечный индекс (СИ), удельное периферическое сопротивление (УПС), объем крови в легких (ОКЛ). Объем циркулирующей крови (ОЦК) исследовался на радиометре Волна. О сократительной способности миокарда судили по данным поликардиографии, проводимой на аппарате Миннограф 42-В. Определялись периоды изометрического сокращения (ИС), изгнания (Е), внутрисистолический показатель (ВСП). Контрольную группу составили 10 здоровых людей. Всем больным произведена нефрэктомия. Исследования проведены до операции и через 1,3 и 6 суток после нее (табл. 1.). Оказалось, что до операции у больных имелся гипокинетический тип кровообращения (снижение СИ и ОКЛ, увеличение УПС), который сопровождался нарушением функциональной способности миокарда — развивался синдром высокого диастолического давления. Через сутки после операции минутный сердечный выброс на фоне сниженного до нормального уровня артериального давления и гиповолемии нормализовался. Одновременно с этим развивалась гиподинамия миокарда.

Через 3 суток отмечено улучшение показателей центральной гемодинамики и сократительной способности миокарда. Полная нормализация показателей наблюдалась через 6 суток с момента нефрэктомии.

Следовательно, нефрогенная гипертензия сопровождается развитием гипокинетического типа кровообращения с фазовыми сдвигами сердечных сокращений, характерными для синдрома высокого диастолического давления.

Операция нефрэктомии в раннем послеоперационном периоде обеспечивает нормализацию артериального давления, восстановление минутного сердечного выброса, появление гиподинамии миокарда и вызывает гиповолемию. Нормализация показателей центральной гемодинамики и сократительной способности миокарда наблюдалась на 6-е сутки после операции.

Дорожная клиническая больница

№ 2, г. Барнаул.

Поступило 6/IX 1977 г.

Ա. Ի. ՆԵՅՄԱՐԿ

ԵՐԻԿԱՄԸ ՀԵՌԱՅՎԱԾ ՆԵՖՐՈԴԵՆ ՀԻՊԵՐՏՈՆԻԱՅՈՎ
ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՐՏԱՄԿԱՆԻ ԿԾԿՈՂԱԿԱՆ ՈՒՆԱԿՈՒԹՅԱՆ
ԵՎ ԿԵՆՏՐՈՆԱԿԱՆ ՀԵՄՈԴԻՆԱՄԻԿԱՅԻ ՎԻՃԱԿԸ

Ա. մ փ ո փ ո ւ մ

Հայտնաբերված է, որ նեֆրոգեն հիպերտոնիայով հիվանդների մոտ մինչև վերահաստ-
թյունը զարգանում է արյան շրջանառության հիպոկինետիկ տիպ, ինչպես նաև բարձր դիաստո-
լիկ ճնշման սինդրոմ:

Таблица 1

Динамика показателей центральной гемодинамики и сократительной способности миокарда у больных нефрогенной гипертензией, перенесших нефрэктомю

Сроки наблюдения	Показатели						
	СИ	ОЦК	УПС	ОКЛ	ИС	Е	ВСП
	$M \pm m$	$M \pm m$	$M \pm m$	$M \pm m$	$M \pm m$	$M \pm m$	$M \pm m$
Контрольная группа	$4,0 \pm 0,11$	$65,7 \pm 1,64$	$1894 \pm 58,78$	$322 \pm 9,39$	$0,036 \pm 0,003$	$0,269 \pm 0,005$	$88,1 \pm 0,83$
До операции	$3,4 \pm 0,11$	$68 \pm 2,24$	$3173 \pm 236,1$	$267 \pm 7,01$	$0,051 \pm 0,002$	$0,264 \pm 0,006$	$83,8 \pm 0,66$
P_1	$<0,001$	$>0,25$	$<0,001$	$<0,001$	$<0,001$	$>0,5$	$<0,01$
1 сутки	$3,7 \pm 0,18$	$60 \pm 2,17$	$2406 \pm 264,4$	$239 \pm 8,32$	$0,048 \pm 0,004$	$0,212 \pm 0,005$	$82,3 \pm 0,72$
P_2	$<0,02$	$<0,001$	$<0,001$	$<0,02$	$<0,01$	$<0,001$	$<0,02$
3-ьи сутки	$4,0 \pm 0,20$	$61 \pm 1,40$	$2127 \pm 252,5$	$285 \pm 15,64$	$0,042 \pm 0,002$	$0,234 \pm 0,004$	$84,2 \pm 0,84$
$P_2 P_3$	$<0,001 <0,001$	$<0,01 >0,5$	$<0,001 <0,01$	$>0,25 <0,002$	$<0,02 >0,5$	$<0,01 <0,05$	$>0,5 <0,05$
6-е сутки	$4,2 \pm 0,25$	$67 \pm 2,32$	$20,45 \pm 251,3$	$319 \pm 19,71$	$0,034 \pm 0,001$	$0,262 \pm 0,008$	$88,4 \pm 0,76$
$P_2 P_3$	$<0,001 <0,01 >$	$>0,5 <0,01$	$<0,001 >0,1$	$<0,05 <0,01$	$<0,01 <0,05$	$>0,5 <0,01$	$<0,02 <0,01$

P_1 —Достоверность разницы исходных данных с контрольными; P_2 —достоверность разницы показателей данного этапа с исходными данными; P_3 —достоверность разницы показателей последующего этапа с предшествующим.

A. I. NEIMARK

STATE OF CENTRAL HEMODYNAMICS AND CONTRACTILE ABILITY OF MYOCARDIUM IN NEPHRECTOMY IN PATIENTS WITH NEPHROGENIC HYPERTENSION

Summary

It is revealed that in patients with nephrogenic hypertension before the operation develops hypokinetic type of circulation and syndrome of high diastolic pressure.

УДК 616.1.136.83

В. Д. СЕИДОВ, А. И. МАТВЕЕВА

СОСТОЯНИЕ МЫШЕЧНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ЛЕРИША ДО И ПОСЛЕ ЭПИДУРАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ

Целью настоящего исследования является изучение влияния поясничной эпидуральной блокады на мышечный кровоток нижних конечностей по клиренсу Xe^{133} у больных с синдромом Лериша в зависимости от степени развития ишемии.

Было обследовано 2 группы больных: I группу (70 нижних конечностей) составили больные (45) с синдромом Лериша; II контрольную группу—15 человек (30 конечностей)—лица без ишемизированного поражения нижних конечностей. По стадии ишемии, нижние конечности распределялись следующим образом: II стадия—20, III—31, IV—19 конечностей.

Определяли следующие показатели: МКП—мышечный кровоток в покое; ММК—максимальный мышечный кровоток; К—индекс функциональной емкости капилляров. Кроме того, мы рассчитывали эффективный кровоток, т. е. произведение К на ММК или $\text{МКЭф} = \text{К} \cdot \text{ММК}$.

Показатель мышечного кровотока в покое у больных со II стадией заболевания после эпидуральной блокады достоверно увеличился на 65,1% ($P < 0,05$); в III стадии этот показатель также увеличился на 140% ($P < 0,002$), в IV стадии по средним данным мышечный кровоток в покое повысился на 72%, но носил недостоверный характер, так как из 19 нижних конечностей у 10 кровотока повышался, у 5 понижался, а у 4 кровотока не изменился. Максимальный мышечный кровоток во всех стадиях ишемии после эпидуральной блокады повышался, но эти повышения кровотока оказались недостоверными ($P > 0,1$). Индекс функциональной емкости капилляров в контрольной группе равнялся $0,80 \pm 0,01$, а во II стадии ишемии— $0,64 \pm 0,048$, в III— $0,34 \pm 0,048$ и в IV— $0,32 \pm 0,05$. Этот показатель по средним цифрам во II, III, и IV стадиях после блокады увеличился на 17; 55,8 и 43,7% соответственно (табл. I). Следует отметить, что во всех стадиях заболевания наблюдалась тенденция к повышению кровотока после эпидуральной блокады.

Применение так называемого индекса реактивной гиперемии способствует повышению диагностической ценности исследования. Уровень максимального мышечного кровотока достаточно точно указывает на наличие облитерирующего процесса. Небольшое повышение тканевого кровотока в условиях физической нагрузки после эпидуральной блокады можно объяснить ограниченным поступлением крови ниже окклюзии, истощением приспособительных механизмов периферического кровообращения у больных облитерирующими заболеваниями сосудов нижних конечностей.