

Эндотелий зависимая вазодилатация и эндотелий независимая вазодилатация у больных с окклюзионными процессами артериального русла с синдромом критической ишемии

Вирстюк Юрий Владимирович

Студент (специалист)

Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского АО, Сургут, Россия

E-mail: sklot@list.ru

Цель: Оценить характер изменений ЭЗВД и ЭНЗВД у больных с окклюзионными процессами артериального русла с синдромом критической ишемии в зависимости от характера проводимой терапии

Дисфункция эндотелия - самый ранний этап в развитии атеросклероза. Под дисфункцией эндотелия понимают дисбаланс между факторами релаксации и вазоконстрикции, между анти- и прокоагулянтными медиаторами.

Вазодилатирующую функцию эндотелия обеспечивает продукция эндотелиальных факторов релаксации - оксида азота, простаглицлина, эндотелиального гиперполяризирующего фактора, пуриновых оснований, натрийуретических пептидов, тканевого калликреина, адренемедуллина. Дисфункция эндотелия, наступает при воздействии таких факторов как артериальная гипертензия, курение, гиперхолестеринемия, гипергомоцистеинемия, сахарный диабет, стресс и многих других повреждающих агентов. Расчёт ЭЗВД и ЭНЗВД плечевых артерий выполнялось по следящей методике: после измерения исходного диаметра артерии и скорости кровотока с помощью спекторального анализа накачивали манжету сфигмоманометра до давления, превышающего исходное давление на 50 мм.рт.ст., создавая окклюзию. Через 5 минут воздух из манжеты стравливался, и кровоток в артерии восстанавливался. Скорость реперфузионного кровотока в плечевой артерии измеряли в течение 15 секунд после его восстановления. ЭЗВД вычисляли как отношение изменения диаметра артерии после механического воздействия к исходному диаметру сосуда.

После 15 минутного отдыха вновь записывали изображение в покое, и пациент принимал 500мкг нитроглицерина сублингвально. И через 5 минут вычисляли отношение изменения диаметра артерии.

Исследуемые были разделены на две основные группы: проксимальное поражение и многоуровневое поражение сосудов. Результаты были таковы. Проксимальный уровень поражения, ЭЗВД: консервативная терапия 0.1(3,4%), конс+ вазапостан и Вессел Дуэф 0.4(5%), комбинированная 0.39(4,75%), комб+ вазапостан и Вессел Дуэф 2.3(25,5%)

Проксимальный уровень поражения, ЭНЗВД: консервативная терапия 0.3(3,4%), конс+ вазапостан и Вессел Дуэф 0.7(8,8%), комбинированная 0.7(8,5%), комб+ вазапостан и Вессел Дуэф 3(33%)

Многоуровневое поражение, ЭЗВД: консервативная терапия 0.1(1,1%), конс+ вазапостан и Вессел Дуэф 0.2(2,4%), комбинированная 0.1(1,1%), комб+ вазапостан и Вессел Дуэф 0,6(6,8%)

Многоуровневое поражение, ЭНЗВД: консервативная терапия 0.1(1,1%), конс+ вазапостан и Вессел Дуэф 0.6(7,3%), комбинированная 0.4(4,4%), комб+ вазапостан и Вессел Дуэф 0,9(9,6%)

Вывод: Из полученных данных следует, что наиболее эффективным методом терапии как у ЭЗВД, так и ЭНЗВД, как на проксимальном уровне поражения, так и на многоуровневом является комбинированная терапия с применением вазапостан и Вессел Дуэф.

Источники и литература

- 1) Автандилов Г.Г. Динамика Атеросклеротического процесса у человека. / Г.Г Автандилов.-М.:Медицина, 1970-270 с.
- 2) Бодрова О.В Атеросклероз / О.В.Бодрова, Н.П Ларионова.-М.: Крон-пресс, 2000.-405с
- 3) Покровский А.В Клиническая ангиология / А.В Покровский .-М.:Медицина, 2004-888 с