

Необходимо добавить, что для экстрапирамидной пластичности характерно исчезновение всех ее проявлений в период засыпания и сна больного (понижается степень выраженности мышечного гипертонуса).

В некоторых случаях при поражении как пирамидной, так и экстрапирамидной нервной системы возникает повышение мышечного тонуса по смешанному типу – спастический парез с присоединением пластической ригидности. При данной комбинации патологического мышечного гипертонуса, имеет место сочетание всех признаков спастического и пластического синдромов.

В заключении хочется отметить, что дальнейшее изучение механизмов спастичности и пластичности, их клинических и нейрофизиологических особенностей позволит расширить возможности медикаментозного и немедикаментозного лечения при различных заболеваниях нервной системы. Большое значение для улучшения качества жизни этой категории больных и их семей имеет развитие системы социальной помощи, совершенствование комплексных медико-социальных программ, что существенно отразится на восстановительном лечении данной патологии в нейрореабилитации.

ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С ИБС

**Макимова О.В., Субботина В.Г.,
Оленко Е.С., Усова С.В.,
Королькова А.С., Екимова Н.В.**

*ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского» Росздрава,
Саратов,
e-mail: Sersubbotin@rambler.ru*

В 1988 году на конференции по проблемам диабетической нейропатии в Сан-Антонио принят Консенсус, рекомендуемый для диагностики диабетической автономной нейропатии пять основных кардиоваскулярных тестов и дополнительные методы, одним из которых является оценка длины QT интервала. Удлинение интервала QT является предиктором фатальных нарушений ритма и внезапной кардиогенной смерти как у больных с сердечно-сосудистыми заболе-

ваниями (в том числе с острым инфарктом миокарда), так и у больных с сахарным диабетом (СД) (Rossing P., et al., 1988; Kempfer P., 1997, Кодочигова А.И., 2006 г.).

Нормальная продолжительность интервала QT определяется по формуле Базетта, учитывает число сердечных сокращений, пол, возраст и составляет 0,35–0,44 с.

Целью работы явилось изучение частоты встречаемости изменения интервала QT у больных общетерапевтического профиля (1-я группа); больных ИБС, стенокардией напряжения 2-3 Ф.К. (2-я группа); больных сахарным диабетом 2 типа, средне-тяжелое течение в сочетании с ИБС, стенокардией напряжения II-III Ф.К (3-я группа).

Материалы и методы:

Проведен анализ ЭКГ с подсчетом интервала QT у 20 больных 1 группы (10 женщин и 10 мужчин, средний возраст $52,3 \pm 1,72$); у 40 больных 2 группы (20 женщин и 20 мужчин, средний возраст $55,1 \pm 1,43$); у 40 больных 3 группы (20 женщин и 20 мужчин, средний возраст $56,8 \pm 1,25$).

Результаты и обсуждения

Удлинение интервала QT, превышающее 0,04–0,05 с. и более нормальной величины, в 1 группе больных выявлено не было. У 4 больных (10,0%) 2 группы выявлено удлинение QT по сравнению с должным на 0,04–0,06 с., у 7 больных (17,5%) с СД 2 типа выявлено удлинение QT по сравнению с должным на 0,06–0,08 с. На ЭКГ у этих пациентов также выявлена альтернация зубца Т, единичные желудочковые экстрасистолы, синусовая брадикардия. Удлинение электрической систолы желудочков, выявившееся в удлинении интервала QT у части больных 2–3 групп, возможно, обусловлено наличием у них кардиосклероза. Обращает на себя внимание более выраженное удлинение интервала QT у больных 3 группы по сравнению со второй, что, возможно, обусловлено помимо диабетической миокардиодистрофии, ещё и присущими больным СД проявлениями диабетической автономной нейропатии. Поскольку удлинение интервала QT – предиктор риска тяжелых аритмий и внезапной смерти, проведение больным с СД холтеровского мониторирования ЭКГ является целесообразным, что позволит выделить группы больных с повышенным риском развития аритмии и внезапной смерти.