БЮЛЛЕТЕНЬ
ФЕДЕРАЛЬНОГО ЦЕНТРА
СЕРДЦА, КРОВИ и ЭНДОКРИНОЛОГИИ им. В.А. АЛМАЗОВА

30 лет

ТЕЗИСЫ

Всероссийской научно-практической конференции с международным участием "От фундаментальных исследований - к инновационным медицинским технологиям"

Конференция проходит при финансовой поддержке
Комитета по науке и высшей школе Правительства Санкт-Петербурга

Санкт-Петербург
2010

БЮЛЛЕТЕНЬ
ФЕДЕРАЛЬНОГО ЦЕНТРА СЕРДЦА, КРОВИ И ЭНДОКРИНОЛОГИИ им. В.А. АЛМАЗОВА

Главный редактор
Е.В. Шляхта

Зам. главного редактора
А.О. Конради
М.А. Карпенко

Секретарь
Е.В. Селищева

Члены редакционной коллегии
Баранова Е.И. (Санкт-Петербург)
Баранцевич Е.Р. (Санкт-Петербург)
Вавилов Н.В. (Санкт-Петербург)
Галагудза М.М. (Санкт-Петербург)
Гринева Е.Н. (Санкт-Петербург)
Гордеев М.Л. (Санкт-Петербург)
Зарицкий А.Ю. (Санкт-Петербург)
Иванов Д.О. (Санкт-Петербург)
Каронова Т.П. (Санкт-Петербург)
Карпенко М.А. (Санкт-Петербург)
Костарева А.А. (Санкт-Петербург)
Курапеев Д.И. (Санкт-Петербург)
Мальцева О.Н. (Санкт-Петербург)
Моисеева О.М. (Санкт-Петербург)
Недошивин А.О. (Санкт-Петербург)
Салогуб Г.Н. (Санкт-Петербург)
Сорокина Л.А. (Санкт-Петербург)
Цырлин В.А. (Санкт-Петербург)

Editor-in-Chief
E. Shlyakhto

Vice-editors
A. Conrady
M. Karpenko

Secretary
E.V. Selichsheva

Editorial board
E. Baranova (St. Petersburg)
E. Barancevich (St. Petersburg)
N. Vavilov (St. Petersburg)
M. Galagudza (St. Petersburg)
E. Grineva (St. Petersburg)
M. Gordeev (St. Petersburg)
A. Zaritskii (St. Petersburg)
D. Ivanov (St. Petersburg)
T. Karonova (St. Petersburg)
M. Karpenko (St. Petersburg)
A. Kostareva (St. Petersburg)
D. Kurapeev (St. Petersburg)
0. Maltseva (St. Petersburg)
0. Moiseeva (St. Petersburg)
A. Nedoshivin (St. Petersburg)
G. Salogub (St. Petersburg)
L. Sorokina (St. Petersburg)
V. Tsirlin (St. Petersburg)

О

Федеральный Центр
сердца, крови и эндокринологии
им. В. А. Алмазова
Федерального агентства по
высокотехнологичной медицинской помощи

Подача рукописей и переписка
с авторами, размещение рекламы
и подписка e-mail:
bulletin@almazovcentre.ru

Почтовый адрес издательства:
197341, С.-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2, оф. 348
Тел./факс (812) 702-37-16
www.almazovcentre.ru

Тираж 1100 экз. ISSN 2078-8150

Верстка
и оригинал макет ООО „ИнфоРА"

Бюллетень зарегистрирован
в Государственном комитете РФ по печати.
Свидетельство о рег.
ПИ № ФС77-38713 от 22.01.2010 г.

Тематическая рассылка по специалистам.

Подписка по каталогу агентства "Роспечать"-
подписной индекс 57992

Все права защищены. Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в бюллетене, допускается только с письменного разрешения редакции.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

ПРЕДСЕРДНЫЕ ТАХИКАРДИИ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Абрамов М.Л., Михайлов Е.Н., Гуреев С.В., Лебедев Д.С.
ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова», Росмедтехнологии, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Новые предсердные тахикардии (ПТ) развиваются в 5-40% случаев после катетерной аблации фибрилляции предсердий (ФП). Наиболее часто ПТ встречаются после вмешательств по поводу персистирующих форм ФП. Особенности ПТ после различных подходов к аблации пароксизмальной ФП (ПФП) остаются мало изученными. Целью работы явилось определение частоты возникновения и механизмов новых ПТ после различных методов аблации левого предсердия (ЛП) с «анатомическим» подходом у пациентов с пароксизмальной ФП.

Материалы и методы. В исследование включено 362 пациента с ПФП, которым проводилась аблация ЛП с использованием «анатомических» подходов в условиях нефлюороскопической навигации: окружная аблация с изоляцией легочных вен (ОИЛВ) - 270 пациентов - I группа; ОИЛВ с дополнительной аблацией субстрата ФП в ЛП (линейные аблации по крыше ЛП и/или в митральном истмусе) - 57 пациентов - II группа; «анатомическая» аблация ганглионарных сплетений ЛП - 35 пациентов - группа III. Дальнейшая регистрация рецидивов нарушений ритма осуществлялась с помощью суточного мониторирования ЭКГ каждые 3 месяца в первый год и затем 1 раз в 6 месяцев, а так же в случаях появления симптоматики. Повторные аблации проводили в случае возникновения симптомных и рефрактерных к антиаритмической терапии рецидивов предсердных тахиаритмий.

Результаты. Средняя длительность наблюдения составила 23,3±2,2 месяцев. У 35 (9,7%) пациентов при амбулаторных ЭКГ-обследованиях были зарегистрированы устойчивые предсердные тахикардии. Повторные вмешательства выполнялись у 68 (19%) пациентов по поводу симптоматичных рецидивов ФП или ПТ. У 30 из этих пациентов тахикардии были регистрированы во время повторной аблации: в группе I у 7% больных; в группе II - у 15,7% пациентов; в группе III у 5,7% пациентов (см. Таблицу).

	Всего, n=362	Группа I, n=270	Группа II, n=57	Группа III, n=35
Тахикардия на ЭКГ	35 (9,7%)	20 (7,4%)	11 (19,3%)*	4 (11,4%)
ЛПТ во время повторной аблации	30 (8,3%)	19 (7%)	9 (15,7%)	2 (5,7%)
Тахикардия, связанная с линиями прежней аблации	9	5	4	0
Тахикардия из ЛВ	4	4	0	0
Перимитральное трепетание	4	2	0	2
Тахикардия вокруг коллектора ЛВ	3	1	2	0
Механизм неизвестен **	15	8	5	2

* $p<0,05$

** некартируемая ПТ при повторных вмешательствах (неустойчивая и/или множественные ПТ), либо повторные вмешательства не проводились.

Выводы. После катетерной аблации ЛП с использованием «анатомического» подхода ПТ наиболее часто развиваются при создании линейных воздействий в ЛП дополнительно к ОИЛВ. После анатомической аблации ганглионарных сплетений ри-ентри ПТ встречаются часто, вопреки имеющимся представлениям.

СОЦИАЛЬНЫЙ ГРАДИЕНТ В ОТКРЫТОЙ МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ И РИСК ФАТАЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Акимова Е.В., Смазнов В.Ю., Гафаров В.В., Кузнецов В.А.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия, Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний в Сибири СО РАМН и ЯНЦ РАМН.

Цель. Определение относительного риска сердечно-сосудистой смерти в зависимости от социального градиента в мужской когорте 25-64 лет.

Материалы и методы. Исследование проводилось на двух репрезентативных выборках из избирательных списков мужчин г. Тюмени 25-64 лет методами почтового опроса (выборка 1600 человек) и кардиологического скрининга (выборка 1000 человек). В процессе семилетнего проспективного наблюдения вся обследованная на почтовом опросе и кардиологическом скрининге когорта была подвергнута анализу сердечно-сосудистых

смертей в комитете ЗАГСА администрации Тюменской области. Анализ проводился по методу регрессионной модели пропорционального риска Кокса в зависимости от социального градиента - уровня образования, профессиональной принадлежности и брачного статуса.

Результаты. Относительный риск (ОР) смерти от сердечно-сосудистых причин имел существенный рост при начальном уровне образования сравнительно с высшим уровнем образования (3,98, $p<0,001$). Существенная связь ОР смерти от сердечно-сосудистых причин имела место в группе рабочих профессий тяжелого физического труда (6,97, $p<0,001$). В зависимости от брачного статуса ОР сердечно-сосудистой смерти существенно снижался у мужчин, состоящих в браке, сравнительно с мужчинами, состоящими в разводе (2,01, $p<0,05$), одинокими (2,40, $p<0,01$) и вдовыми (5,16, $p<0,001$).

Заключение. Таким образом, в тюменской популяции установлен высокий коронарный риск смерти в группах низкого социального статуса. Профиль конвенционных и неконвенционных факторов риска сердечно¬сосудистых заболеваний определил приоритетные направления профилактического вмешательства в мужской популяции.

КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ II СТАДИИ

Андреичева Е.Н.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Актуальным является изучение психосоциальных факторов с позиции интегративного подхода к многофакторной профилактике кардиоваскулярной патологии.

Цель исследования - оценка адекватности навыков преодоления стресса (копинг-поведение), что может способствовать более успешному лечению. Несмотря на обширные психологические исследования больных гипертонической болезнью (ГБ), в литературе имеются неоднозначные взгляды на характер личности больного с ГБ, на факторы, определяющие его адаптацию к стрессу и к болезни.

Методы исследования. Обследовано 52 больных (26 муж. и 26 жен.) с ГБ II стадии, в возрасте от 38 до 70 лет (средний возраст 44,5г). Давность заболевания от 2 до 9 лет, в среднем 6,6 лет. Контрольная группа здоровых составила 52 чел. (26 муж. и 26 жен.), в возрасте от 30 до 56 лет (средний возраст 44,6г). Все обследованные с высшим образованием, работающие. Всем проведено полное клиническое обследование с использованием лабораторных (общеклинические анализы крови и мочи, биохимические анализы крови - глюкоза, липидограмма, креатинин) и инструментальных методов (ЭКГ, ЭхоКГ, офтальмоскопия), что позволило более четко провести дифференциацию групп, а также психодиагностическое тестирование с помощью методики «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях». Обработка и анализ результатов проводились с использованием сравнения средних значений количественных данных с использованием t-критерия Стьюдента и корреляционного анализа.

Результаты исследования. Показатели копинг-поведения и в группе здоровых, и в группе больных соответствуют низкому уровню, что позволяет судить о недостаточном использовании осознанных механизмов адаптации к стрессу. Проблемно-ориентированный копинг (ПОК) более выражен у здоровых ($p<0,05$), а по шкале «отвлечение» показатели выше в группе больных ($p<0,05$). Статистически достоверных различий в выборе копинг-стилей при сравнении здоровых мужчин и женщин не выявлено. При сравнении больных женщин и мужчин: у женщин достоверно превалируют ПОК и эмоционально-ориентированный копинг (ЭОК) ($p<0,05$), копинг, ориентированный на избегание (КОИ) ($p<0,01$) и отвлечение ($p<0,001$). При сравнении групп здоровых и больных женщин: больные достоверно чаще, чем здоровые, используют КОИ ($p<0,05$) и отвлечение ($p<0,01$). При сравнении групп здоровых и больных мужчин: при болезни заметно снижается частота использования ПОК ($p<0,001$), при этом уменьшается в целом использование и других вариантов совладания. Для женщин характерно использование большего спектра копинг-стратегий, чем для мужчин.

Заключение. При планировании и проведении лечебных мероприятий у пациентов с гипертонической болезнью II стадии следует учитывать их психологические особенности, что позволит достичь большей приверженности к терапии. Необходимо дифференцировать психологические аспекты лечебной работы в зависимости от пола пациентов. При проведении «школы больного с гипертонической болезнью» следует проводить индивидуальную диагностику копинг-поведения, и в зависимости от полученных результатов коррегировать тактику работы с больным. Особое внимание следует уделять проблемно-ориентированному копингу как наиболее адаптивному варианту поведения.

ПАРАМЕТРЫ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ПОЛЯ СЕРДЦА ПРИ НИЖНЕЗАДНЕМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ ЭКТГ

Андреичев Н. А.
ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава», Кафедра факультетской терапии и кардиологии, Казань, Россия

Цель исследования: Изучить качественные и количественные параметры электрического поля сердца (ЭПС), уточнить локализации типичных изменений при нижнезаднем инфаркте миокарда (ИМ) с помощью электрокардиотопографии (ЭКТГ).

Методы: Для изучения ЭПС использован метод ЭКТГ с регистрацией монополярных отведений по Vilson с записью ЭКГ со 104 точек поверхности грудной клетки располагающихся на 6 горизонтальных уровнях по основным 18 вертикальным анатомическим линиям.

Результаты: ЭКТГ проведена у 78 чел. контрольной группы (практически здоровые лица) (КГ) и 147 больных с ИМ различной локализации на 3-4 неделе заболевания в том числе при нижнезаднем ИМ - 5 чел. (4 муж. и 1 жен.). Разработана схема топической диагностики ОИМ различных локализаций. ЭПС характеризуется диполярным распределением потенциалов по электропозитивности (ЭП) и мультиполярным по электронегативности (ЭН). Максимум по ЭП равен 18,80+1,32 мм и он расположен в точке V-9 , т.е. там же, где располагаются максимум у КГ. Градиент потенциалов по ЭП составляет 10,3 +1,18. Максимум по ЭН (зубец S) резко снижен и располагается в точке V-7 и равен 4,80+0,80. Градиент потенциалов по ЭН равен 3,90+1,55, что достоверно ниже, чем в группах КГ с нормальным и горизонтальным положением электрической оси сердца. Отсутствие достоверного уменьшение зоны перекрытия (ЗП) по ЭП по площади и ее перемещение на заднюю поверхность грудной клетки (ГК) при нижнезаднем ИМ связано изменением направления результирующего вектора конечных сил. Нулевая зона (НЗ) по ЭП располагается сзади по 14-16 линии в основном с III по IV уровню регистрации (УР) и вокруг нее выделена зона с неустойчивым типом зоны qr-qs, что соответствует прямым признакам нижнезаднего ИМ. Происходит значительное увеличение потенциала по ЭП по верхним УР, в основном по I-III, которое не всегда отражается в качестве реципрокных признаков принятых в ЭКГ-12 для диагностики поражения задней (базальной) стенки ЛЖ. Максимум повышения потенциала при ротации сердца может смещаться в сторону V1 и это не усложнит диагностику, а смещение в сторону V3-V4 в значительной мере затруднит ее. Максимум зубца S резко снижен и такой степени снижения не наблюдается при других локализациях ИМ. НЗ по ЭН располагается слева сверху по передней поверхности ГК. НЗ, зона минимального потенциала является реципрокной зоной для НЗ по ЭП. Значения положительного и отрицательного зубца Т снижены. Зона отрицательных значений зубца Т расположена преимущественно справа спереди и сзади. Отрицательный максимум по зубцу Т определяется в нижней части ГК сзади. Отношение суммарного потенциала Т(+)/Т(-) уменьшено, за счет снижения положительных з. Т. Изучены количественные показатели зон, относящихся к I-ой (rs, rsr', r) и II-ой (qr, qrs, qs) половинам кругового движения диполя (КДД). Выявлен ряд диагностических параметров для дифференциации от КГ и других локализаций ИМ.

Выводы: Показатели ЭПС при нижнезаднем ИМ рекомендуется использовать для оценки распространенности процесса. Количественные параметры ЭПС уточняют характер ЭПС при использовании ЭКТГ.

DEPARTURE INDEX, DEPARTURE AREA, ТОПОКАРТЫ DAZZ И ZERO ZONE ПРИ НИЖНЕЗАДНЕМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Андреичев Н. А.
ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава», Кафедра факультетской терапии, Казань, Россия

Цель исследования: Изучить Departure Index (DI), Departure Area (DA), комбинированные топокарты DAZZ и Zero Zone (ZZ) при нижнезаднем инфаркте миокарда (ИМ) методом электрокардиотопографии (ЭКТГ).

Методы: Для изучения электрического поля сердца (ЭПС) использован метод ЭКТГ.

Результаты: ЭКТГ проведена у 78 чел. контрольной группы (практически здоровые лица) (КГ) и 147 больных с ИМ различной локализации на 3-4 неделе заболевания в том числе при нижнезаднем ИМ - 5 чел. (4 муж. и 1 жен.). DI и DA рассчитываются следующим образом: DI = (X - M) / SD , где X - измеренное значение показателя, M - среднее значение , SD - среднеквадратичное отклонение, а DA - это область, где значение DI>2SD или <-2SD. Отклонения DA >2SD или <-2SD рассматриваются как отклонение от нормы. Построение DI и DA карт выявляют основные тенденции изменения ЭПС при различных локализациях ИМ. Положительные и отрицательные максимумы и минимумы свидетельствуют об основных сдвигах ЭПС,

нулевые значения свидетельствуют о смене зон. При анализе различных типов картограмм с помощью DA выявляются качественные отличия ЭПС в сравниваемых группах, а использование DA при количественной оценке ЭПС позволяет внести уровень надежности в предлагаемые критерии диагностики. DI и DA выявляет области максимального изменения потенциалов по ЭП и ЭН при нижнезаднем ИМ. По ЭП DA>2SD указывает на реципрокную область отражения потенциалов от задней и нижней стенки, заднесептальной части МЖП. Столь высокое значение DA не встречается при другой локализации ИМ. DI в области V2-V3 хоть и приближается к 2SD, но все-таки не достигают 2SD, что в некоторых случаях приводит к гиподиагностике по ЭКГ-12. По ЭП DA<-2SD обнаружена в зоне поражения в нижнем отделе сзади. По ЭН DA>2SD выявлена сзади преимущественно по нижним УР и указывает на области максимального увеличения зубца QS. По ЭН DA>- 2SD встречаются редко и обнаружение их является весьма весомым фактом патологии. На карте зубца Т выявлены обширные DA. При сравнении нижнезаднего и нижнего ИМ DA>2SD по ЭП выявлены на обширном участке спереди. DA<-2SD указывает на изменение зоны qr на зону qs. По ЭН DA>2SD обнаружена в области задней стенки ЛЖ. По зубцу Т DA>2SD или <-2SD нет. При анализе топокарт DAZZ выявлена зона прямых признаков нижнезаднего ИМ, которые отсутствуют при использовании ЭКГ-12. По зубцу Т DA>2SD отображает инверсию зубца Т, а более обширная DA<-2SD характеризует изменения в задней стенке ЛЖ с частичным вовлечением и нижнезадней части боковой стенки. Анализ топокарт DAZZ уточняет топическую диагностику нижнезаднего ИМ.

Выводы: Анализ топокарт DAZZ при сравнении групп с поражением различных отделов миокарда левого желудочка позволяет проследить за переходом очага поражения на рядом расположенные зоны (стенки). Выделены амплитудные количественные показатели отличия от КГ и других локализаций ИМ с помощью DI.

ПРАВИЛЬНАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ - ЗАЛОГ УСПЕХА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИВАБРАДИНА

Андреичев Н. А., Галеева З. М.
ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава», Кафедра факультетской терапии и кардиологии, Казань, Россия

Рекомендации по лечению стенокардии напряжения (СН), как улучшающие прогноз пациентов с ИБС следующие: 1. Антиагреганты. 2. Липидснижающие препараты. 3. Ингибиторы АПФ. 4. р-адреноблокаторы (ББ) (после инфаркта миокарда - ИМ). 5. Реваскуляризация (для отдельных пациентов). Медикаментозная терапия, уменьшающая симптомы ИБС следующая: Различные классы препаратов (ББ, Антагонисты кальция, Нитраты, I_f ингибиторы, Метаболические препараты). При этом имеется одинаковая эффективность (Антиангинальная и Антиишемическая) и отсутствие доказанных эффектов в улучшения прогноза. Ивабрадин (Кораксан) - препарат, снижающий риск коронарных осложнений у пациентов со стабильной ИБС и ЧСС > 70 в 1 мин. и улучшающий прогноз, даже на фоне максимальной рекомендованной терапии. При назначении необходимо использовать показания по его применению.

Цель исследования: оценка эффективности и безопасности применения ивабрадина при лечении пациентов с ИБС: СН.

Материалы и методы: Наблюдались 10 чел. (7 муж. и 3 жен.), которые получали кораксан в дозе 10 - 15 мг и 6 чел. (3 муж. и 3 жен.), получавшие метопролол тартрат в дозе 25-100 мг на фоне общепринятой терапии согласно последним рекомендациям.

Результаты: Приведем данные одного из пациентов С., сложного для клинической интерпретации, 1959 г.р. Жалобы: редко (1 раз в неделю) эпизоды учащенного сердцебиения, редко жгучие боли в области сердца. В 1999 - высокий боковой ИМ с зубцом Q. После ИМ - по 08.2008 боли в области сердца при ходьбе (но к врачам он не обращался). После аппендэктомии (08.2008) он в палате простыл, но был выписан. Вышел на работу и через несколько дней поднялась температура, появились отеки на ногах и выраженная одышка. При Ro"-графии легких был обнаружен гидроторакс. Поставлен диагноз: ИБС. ПИКС (1999). Выраженная митральная регургитация (МР) 3-4 степени. ХСН2а. ФКП. Двухсторонний гидроторакс. Хронический пиелонефрит, латентное течение. ХПН 1 ст., Вторично-сморщенная почка справа? Вазоренальная гипертония. Правостронняя орхэктомия. Хронический бронхит курильщика. ДН 0-1 ст. Анализ клинических данных не позволяет согласится с диагнозом и заставляет думать о перенесенном инфекционно-аллергическом миокардите с выраженной митральной регургитацией. На чреспищеводной ЭХОКГ утолщена и уплотнена передняя створка митрального клапана (МК), МР 3 степени, данных за вегетации нет. Нельзя исключить наличие дополнительной головки передне-латеральной группы папиллярных мышц. 12.02.2009 проведена операция аннулопластики фиброзного кольца МК, АКШ-ДА, АКШ-ВТК. Выявлены признаки ХПН I. Колебания ЧСС - 86 - 96 - 76. Получал кораксан по 7,5 мг 2 раза в день в течение 10 месяцев.

Выводы: Эффект кораксана сомнителен, так как больной перенес тяжелый миокардит с декомпенсацией с тяжелой МР, для устранения которой потребовалась операция аннулопластики МК и на восстановление после операции понадобилось несколько месяцев. Только правильная интерпретация клинических данных позволяет оценивать эффективность использования любого препарата.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭКСПАНСИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ЧЕЛОВЕКА IN VITRO В СЛОЖНЫХ КЛЕТОЧНЫХ СИСТЕМАХ

С.В. Анисимов, И.Р. Минуллина, Р.И. Дмитриева, О.В. Тарасова, И.А. Мельн, А.А. Билибина, Е.Н. Горюнова, Ю.С. Яковлева, Е.А. Хандожко, А.А. Костарева, А.Ю. Зарицкий.
ФГУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова», г. Санкт-Петербург, Россия.

Гемопоэтические стволовые клетки (ГСК) являются наиболее хорошо изученным типом стволовых клеток; спектр показаний к их применению в клинике непрерывно расширяется. Важнейшей нишей ГСК является костный мозг, имеющий весьма сложный клеточный состав. В условиях микроокружения костного мозга ГСК способны эффективно пролиферировать. В то же время, фракция ГСК относительно скудна, и в определенных условиях получение необходимого для научных исследований и клинического применения объема этого типа клеток затруднено.

Таким образом, возможность эффективной экспансии ГСК in vitro имеет большое значение. Однако культивирование и эффективная экспансия ГСК in vitro весьма затруднены. Используемый в настоящее время метод основан на экспансии ГСК in vitro в сложных клеточных системах, то есть в единой питательной среде с так называемыми питающими (фидерными) клетками: а именно клетками линий OP9 и C3H10T1/2. Считается, что фидерные клетки действуют на СК как непосредственно (межклеточные контакты), так и опосредованно (секреция в общую питательную среду коктейля цитокинов).

Несмотря на достигнутый принципиальный успех, применение для экспансии ГСК человека клеток линий OP9 и C3H10T1/2 ассоциированно с рисками ксеногенного характера. В частности, значимым является риск восприятия ГСК человека метаболитов мышиных клеток и прямая контаминация клеточной популяции мышиными клетками, - что способно привести к развитию ксенозооноза, иммунного ответа реципиента, и затруднениям в интерпретации данных о биологичекских свойствах ГСК. Вариантом решения этой проблемы является использование альтернативных типов питающих клеток, имеющих человеческое происхождение. Вариантами таких клеток могут быть митотически инактивированные фибробласты человека, полученные из доступных субстратов стволовые и прогениторные клетки разных типов (например мезенхимные стволовые клетки), и первичные культуры клеток опухолей человека.

Целью данного исследования является скрининг типов потенциальных фидерных клеток, и идентификация типа, применение которого в сложной клеточной системе позволяет ГСК человека сохранять свои основные биологические свойства (в первую очередь, пролиферативную активность и пластичность) в течение длительного времени. В проведенных пилотных экспериментах, МСК костного мозга человека продемонстрировали способность поддерживать ограниченную пролиферацию ГСК in vitro в специфических условиях. В ходе дальнейшей работы нами будет продолжен скрининг типов клеток человека для использования в качестве фидерных клеток (предпочтительно являющихся более доступными), подбор условий совместного культивирования, и анализ динамики свойств ГСК в культуре in vitro.

ВЛИЯНИЕ АЛЬФА-ЛИПОЕВОЙ КИСЛОТЫ НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ Q-ИНФАРКТА МИОКАРДА АССОЦИИРОВАННОГО С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Минаков Э.В., Астахова М.А.
ВГМА им. Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Лечение больных, перенесших острый Q-инфаркт миокарда (Q-ИМ) на фоне сахарного диабета (СД) остается одной из актуальных проблем кардиологии. Одна из возможностей оптимизации прогноза у этой группы больных - медикаментозное влияние на постинфарктное ремоделирование сердца. Влияние метаболической

терапии и активации антиоксидантных процессов, определяющих устойчивость миокарда к повреждениям у больных инфарктом и диабетом, представляется весьма перспективным.

Материал и методы. Под наблюдением находились 36 больных перенесших Q-ИМ передней локализации на фоне СД 2 типа. Средний возраст составил 63+3,8 года, длительность диабета 7,3+2,4 года. Лечение ИМ проводилось согласно рекомендациям ВНОК (2007), коррекция гликемии - ESC (2007). Дополнительно в этой группе был назначен препарат альфа-липоевой кислоты (АЛК) (Берлитион, "Берлин - Хеми") в дозе 600 мг/сут с первого дня лечения. Группой контроля были 30 пациентов с острым Q-ИМ передней локализации, не страдающих СД, получавших стандартную терапию. Всем больным выполнялось эхокардиографическое (Эхо-КГ) исследование на 3-5 и 21-е сутки по стандартной методике.

Результаты. Исходно (на 3-5 сутки) не было выявлено статистически значимой разницы значений основных параметров ремоделирования миокарда у пациентов между группами. К выписке (21-сутки) в группе больных принимавших АЛК были выявлены достоверные различия динамики параметров Эхо-КГ в сравнении с контрольной. Так КДР уменьшился на 7,2% (p=0,005), КДО на 9,7%(p=0,004), КДИ на 12,4% (p=0,002). Также наблюдалось уменьшение миокардиального стресса, снижение индекса сферичности на 6%, увеличение индекса относительной толщины стенки на 11%.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что добавление АЛК к стандартной схеме лечения Q-ИМ в остром периоде у пациентов с СД 2 типа положительно влияет на процессы постинфарктного ремоделирования миокарда.

CARTO XP-РЕКОНСТРУКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ДО И ПОСЛЕ АНЕВРИЗМЭКТОМИИ

Бабокин В.Е., Шипулин В.М., Антонченко И.В., Попов С.В.
НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Причиной летальности больных с ремоделированным после перенесенного инфаркта левым желудочком (ЛЖ) являются желудочковые аритмии в 50% случаях (Di Donato M, Dor V, 2005).

Цель исследования - повышение эффективности хирургического лечения больных с постинфарктными аневризмами ЛЖ за счет диагностики и оптимального иссечения поврежденного эндокарда.

Методы и результаты. Нами выполнены внутрисердечная ЭФИ и электроанатомическая CARTO-реконструкция ЛЖ 22 пациентам, планируемым на операцию резекции аневризмы ЛЖ. Все пациенты ранее перенесли инфаркт миокарда давностью 3,98±2,3 года. У всех больных до операции были выявлены зоны электрического рубца и низкого потенциала (до 0,5 mV), зарегистрированы на электрограмме замедленное проведение и двойной потенциал, способные запустить re-entry. Эти зоны были помечены радиочастотной абляцией (РЧА). После общеклинического обследования всем пациентам выполнена операция аневризмэктомии с пластикой ЛЖ по Дору, включающая резекцию рубцово-измененного эндокарда по радиочастотным абляционным меткам, кисетную эндовентрикулопластику синтетической заплатой. Остаточный объем полости ЛЖ рассчитывался исходя из 50-60 мл/кв.м площади тела пациента и фиксировался кисетным швом и специальным сайзером. АКШ, в том числе маммарокоронарное шунтирование передней нисходящей артерии, выполнено у всех пациентов. При наличии в анамнезе или индуцированных приступов ЖТ проводилась РЧА эндокарда между рубцовой и переходной зоной. В раннем послеоперационном периоде у всех пациентов отмечено улучшение показателей ЭФИ: зоны электрического рубца фиксировались лишь в области эндовентрикулярной заплаты, зоны низкого потенциала исчезли вовсе, переходные зоны (от 0,5 до 1,5 mV) занимали ограниченный участок без возможности появления re-entry и индуцирования ЖТ.

Заключение: проведение ЭФИ и электроанатомической CARTO-реконструкции ЛЖ позволяет выявить зоны возникновения re-entry для наиболее точной резекции очагов эктопической желудочковой активности. Резекция эндокарда рубцовой зоны ЛЖ, является неотъемлемой частью операции Дора при постинфарктных аневризмах сердца для профилактики ЖТ.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ АНЕВРИЗМОЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Бабокин В.Е., Роговская Ю.В., Павлюкова Е.Н., Гладких Н.Н.*

НИИ кардиологии СО РАМН, г. Томск, Россия

**Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск, Россия*

Образование аневризмы связывают с процессами ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) - его структурно-геометрических изменений, возникающих под действием патологического фактора. Изменение геометрических показателей обеспечивает не только общее, но и локальное нарушение сократительной функции. Предполагается, что данные процессы связаны с электрической диссинхронизацией. Однако не меньшего внимания требует изучение морфологического субстрата для данного вида нарушений.

Целью исследования явилось изучение зависимости нарушений локальной сократимости стенок ЛЖ от морфологического состояния миокарда у больных с хронической постинфарктной аневризмой левого желудочка.

Материал и методы. Изучены фрагменты миокарда (n=95), прицельно полученные из участков нарушения локальной сократимости (акинеза, гипокинеза, дискинеза) и зон нормокинеза в ходе операции вентикулопластики по Дору от пациентов мужского пола (n=22), средний возраст 54,9±6,8, перенесших инфаркт миокарда давностью 3,98±2,3 года, осложнившийся аневризмой ЛЖ. Оценка сократительной функции миокарда проводилась до операции с помощью эхокардиографии. Гистологические срезы окрашивали гематоксилином и эозином, по Ван Гизону. На светооптическом уровне проводилась оценка выраженности лимфоцитарной инфильтрации, отека стромы, характера и выраженности миокардиосклероза, состояния кардиомиоцитов.

Результаты и обсуждение. В случаях нормокинеза паренхиматозно-стромальное соотношение (ПСС) было статистически значимо больше (3,43±0,86), чем в случаях дискинеза (2,56±0,63; p=0,023). В случаях акинеза величина ПСС (1,97±0,51) была статистически значимо меньше, чем в случаях нормокинеза (p<0,001), гипокинеза (3,25±1,38; p=0,008) и дискинеза (p=0,039). Однако достоверных различий в величине ПСС между зонами гипокинеза и дискинеза выявлено не было. В тоже время, между зонами гипокинеза и дискинеза регистрировались отличия по другим морфологическим параметрам. В зонах дискинеза регистрировалась умеренно выраженная дискомплексация мышечных волокон (1,8±0,84 балла) и мелкие комплексы жировых клеток в строме миокарда. В зонах гипокинеза подобные изменения не были зарегистрированы ни в одном из исследованных случаев. При использовании корреляционного анализа показана положительная связь выраженности перимускулярного кардиосклероза и дискомплексации мышечных волокон (R=0,67; p=0,005). Характер морфологических изменений миокарда не зависел от локализации патологического процесса.

Вывод: развитие того или иного вида нарушения сократимости миокарда зависит от величины ПСС, то есть выраженности фиброза. Наличие дискомплексации мышечных волокон и очагов липоматоза вероятно является одним из факторов развития дискинеза миокарда.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ СИСТЕМНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Багненко С.Ф.[1], Назуров В.М.[2], Повзун А.С.[1]

[1] *НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,*

[2] *МАПО, Санкт-Петербург, Россия*

Значительная часть ревматологических пациентов страдает от выраженного болевого синдрома в суставах, приводящего к снижению трудоспособности пациента и необходимости его госпитализации. В рамках рабочего диагноза «острый суставной синдром» (ОСС) такие пациенты госпитализируются по неотложным показаниям в НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе.

Диагностика ОСС проводится с целью определения конкретной нозологической формы заболевания и своевременного начала патогенетической терапии. Нами разработан дифференциально-диагностический алгоритм, рабочий вариант которого в настоящее время применяется в клинической практике в НИИ СП. Первым этапом алгоритма является определение профиля пациента, поскольку ОСС может присутствовать при целом ряде заболеваний (неврологических, инфекционных, травматологических, онкологических и др.). Вторым этапом является дифференциальная диагностика заболеваний ревматологического профиля. На данном этапе первоначально выделяются больные с признаками воспалительной реакции и без них. Далее выполняется рентгенологическое исследование с целью выявления патогномоничных изменений и иммунологические пробы для верификации системных заболеваний соединительной ткани.

Проведение диагностического процесса при ОСС проводится на фоне применения неспецифической терапии НПВП. НПВП позволяет снизить выраженность воспалительной реакции, уменьшить выраженность болевого синдрома. В клинической практике используется «ступенчатая» схема применения НПВП, позволяющая добиться более сильного клинического эффекта. Применение специфической патогенетической терапии больным возможно после верификации основного заболевания.

В исследование включено 215 пациентов с ОСС. При проведении обследования у 78 из них ревматологическое заболевание было выявлено впервые и у 95 - обострение ранее верифицированной патологии. Своевременное начало терапии позволяет купировать ОСС, снизить выраженность воспалительной реакции, уменьшить прогрессирование заболевания и инвалидизацию больных. Концентрация больных с ОСС в многопрофильном стационаре скорой помощи с возможностью оказания специализированной ревматологической помощи позволяет верифицировать патологический процесс в ранние сроки, уменьшить период стационарного лечения и улучшить прогноз заболевания.

ОСОБЕНОСТИ РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Багненко С.Ф., Повзун А.С., Щемелева Е.В.
НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, Россия

С медицинских, социальных и экономических позиций ревматические заболевания (РЗ) занимают значимое место в структуре заболеваемости населения. Это определяется большой и постоянно увеличивающейся распространенностью этих заболеваний, поражением всех возрастных групп населения, в том числе лиц трудоспособного возраста, склонностью к хронизации и неуклонному прогрессированию, и приводящим к ранней инвалидизации пациентов.

В то же время, значение системных проявлений РЗ в развитии и прогнозе патологического процесса до настоящего времени остается недостаточно выясненным. Это в первую очередь касается поражения сердца у таких больных.

К настоящему времени доказано, что практически при всех нозологических формах диффузных болезней соединительной ткани с вторичными васкулитами и при системных васкулитах имеет место более раннее развитие атеросклероза и связанных с ним кардиоваскулярных заболеваний. Это определяет течение и качество жизни таких больных. Известно, что у 6-20% умерших больных системной красной волчанкой (СКВ) смерть наступала вследствие кардиоваскулярной патологии, а у 4-15% - цереброваскулярной. Подавляющее большинство больных подагрой (около 2/3) погибают от сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с атеросклерозом, и только менее четверти - от хронической почечной недостаточности.

Основной причиной преждевременной летальности при ревматоидном артрите (РА) (примерно в 40—50% случаев) являются заболевания сердечно-сосудистой системы, обусловленные атеросклеротическим поражением сосудов (инфаркт миокарда, застойная сердечная недостаточность, внезапная смерть, острое нарушение мозгового кровообращения), которое развивается примерно на 10 лет раньше, чем в популяции. При РА отмечено двукратное по отношению к основной популяции увеличение летальности от сосудистых катастроф; нарастание риска смерти прослеживается уже в дебюте РА и коррелирует с серопозитивностью по ревматоидному фактору. В исследованиях последних лет показано, что увеличение риска развития сердечно¬ сосудистых осложнений при РА связано не только с традиционными факторами риска, но и с иммуновоспалительными механизмами, лежащими в основе патогенеза РА и атеросклероза. Считается, что воспаление способствует отложению липидов в сосудистой стенке и имеет существенное патогенетическое значение в «дестабилизации» атеросклеротической бляшки и тем самым в развитии атеротромботических осложнений. Однако, вопрос о том, почему при РЗ риск развития атеросклероза выше по сравнению с общей популяцией, остается к настоящему времени открытым.

АКТИВНОСТЬ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Баженова Е.А., Беляева О.Д., Березина А.В., Иванова Т.Г., Каравани А.В., Лукина А.Е., Каронова Т.Л., Николайчук Е.И., Беркович О.А., Баранова Е.И., Шляхто Е.В.
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценить активность ренина плазмы (АРП) и уровень альдостерона в плазме крови у больных абдоминальным ожирением (АО).

Материалы и методы. Обследовано 147 пациентов (129 женщин и 18 мужчин) в возрасте от 30 до 55 лет с АО. За показатель АО принималась окружность талии (ОТ) более или равная 94 см у мужчин и более или равная 80 см у женщин. Средний возраст пациентов - 45,4±0,8 лет. Группу сравнения составили 21 человек без АО. Индекс массы тела у мужчин и женщин с АО достоверно не отличался (31,4±0,8 кг/м^2 и 31,9±0,5 кг/м^2, соответственно; p>0,5). У 47,9% больных АО была артериальная гипертензия (АГ) 1 и 2 степени. Уровень альдостерона и АРП определялись методом радиоиммунного анализа.

Результаты. АРП была достоверно выше у больных АО, чем в группе сравнения (4,5±1,1нг/мл/час и 0,6±0,1 нг/мл/час, соответственно, p=0,006). Концентрация альдостерона плазмы также была выше у пациентов с АО, но различия были статистически недостоверны (188,2±16,3 пг/мл и 157,2±27,9 пг/мл, соответственно, p>0,05); У больных с АО и АГ АРП была достоверно выше по сравнению с пациентами с АО и без АГ (6,9±1,9 нг/мл/час и 1,6±0,3нг/мл/час, соответственно, p=0,001). Обнаружены корреляционные связи между длительностью ожирения (ДО) и АРП (r=0,18; p=0,03), ОТ и АРП (r= 0,22; p=0,01), а также систолическим артериальным давлением (АД) и АРП (r=0,31; p=0,001), диастолическим АД и АРП (r=0,30; p=0,009).

Заключение: У пациентов с АО отмечено увеличение активности ренина плазмы. Активность ренина плазмы была выше у больных АО при наличии сопутствующей АГ. У пациентов с АО активность ренина плазмы находится в прямой корреляционной зависимости от длительности ожирения и величины окружности талии.

ОФОРМЛЕНИЕ И РЕГИСТРАЦИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Баженов А.Н., Баженова О.П.
Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им.В.А.Алмазова Росмедтехнологии, Санкт-Петербург, Россия

Материал и методы. К новым медицинским технологиям относятся впервые предлагаемые к использованию на территории Российской Федерации или усовершенствованные совокупности методов (приемов, способов) лечения, диагностики, профилактики, реабилитации (далее - метод), средств, с помощью которых данные методы осуществляются (Административный регламент, Росздравнадзор, 2007г.), в том числе высокотехнологичные методы.

Документом, подтверждающим разрешение к применению медицинской технологии, в том числе высокотехнологичного метода, с 2007 года является подлинник или копия Разрешения Росздравнадзора на применение новой медицинской технологии с приложением и полным описанием технологии.

Результаты. Итоги работы с новыми медицинскими технологиями: в настоящее время сотрудниками ФЦСКЭ им.В.А.Алмазова зарегистрированы в Росздравнадзоре 28 новых технологий (см. сайт Центра: http://www.almazovcentre.ru/node/82). В процессе переписки с экспертами Росздравнадзора, а также при телефонном и личном общении, уточнялись положения основного документа для подготовки медицинских технологий к регистрации, а именно Административного регламента, которые могли быть неоднозначно истолкованы. В настоящее время для научных сотрудников ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова подготовлено методическое пособие по оформлению медицинских технологий для подачи в Росздравнадзор, которое доступно на Информационном портале Центра.

Перечень специальностей, по которым регистрировались медицинские технологии ФЦСКЭ им.В.А.Алмазова: Кардиология - 24, Эндокринология - 10, Кардиохирургия - 9, Функциональная диагностика - 11, Сердечно-сосудистая хирургия - 9, Терапия - 7, Гистология - 4, Морфология - 4, Диабетология - 3, Ультразвуковая диагностика - 2, а также Хирургия - 1, Реаниматология - 1, Интенсивная терапия - 1, Анестезиология-реаниматология - 1, Травматология - 1, Ортопедия - 1, Пульмонология - 1 (некоторые технологии поданы в Росздравнадзор по нескольким специальностям).

Ряд медицинских технологий, разработанных сотрудниками ФЦСКЭ им.В.А.Алмазова, внедрен в лечебных и научно-образовательных учреждениях Санкт-Петербурга, Ленинградской области и в других регионах

России, в том числе в Ханты-Мансийском автономном округе-Югра Тюменской области, г. Нижневартовске; в Новосибирской области, г. Новосибирске.

Заключение. По результатам работы по оформлению и регистрации новых медицинских технологий, в том числе высокотехнологичных, сделаны следующие выводы, необходимо: 1) более подробно раскрывать важность технологии для практической медицины, 2) соблюдать комплектность и контролировать сроки действия прикладываемых к технологии документов, 3) контролировать соблюдение требований, предъявляемых к внешним рецензиям, 4) соблюдать надлежащее внедрение технологии в подразделении, для которого получено разрешение на применение, под контролем руководителя НКО.

ПРИЧИНЫ ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЯМИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, ПЕРЕНЕСШИХ РАНЕЕ ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПО ПОВОДУ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Бакулева Т.А.,[1] Липченко А.А., Архипов М.В.,[2] Козлов С.В.,[2] Горбенко П.И.
[1]ГОУВПО «УГМА Росздрава», Екатеринбург, Россия
[2]МО «Новая больница», Екатеринбург, Россия

Цель исследования. Уточнение причин повторных госпитализаций пациентов с болевым синдромом в грудной клетке, перенесших ранее чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) по поводу острого коронарного синдрома (ОКС).

Материал и методы. Проведен анализ причин повторных госпитализаций у 99 больных, поступивших в стационар с возвратной клиникой ишемии миокарда. Всем пациентам ранее в сроки от 6 часов до 2 дней после установки диагноза ОКС было выполнено ЧКВ по поводу ОКС с | сегмента ST (30 больных), ОКС без | сегмента ST (69 больных). 11 пациентам (11,1 %) проводилась баллонная ангиопластика (БА), 75 больным (75,8%) - стентирование коронарных артерий барометаллическим стентом (БМС) (в 49,3 % случаев в сочетании с БА), а 12 пациентам (12,1 %) - стентом с лекарственным покрытием (СЛП) (в 25 % случаев в сочетании с БА); 1 больному (1 %) проведена БА с последующей имплантацией одновременно БМС и СЛП. Количество имплантированных стентов составило от 1 до 4 (в среднем - 1,51). Все пациенты получали рекомендованную терапию, включая двойную антитромбоцитарную и статины, за исключением 1 пациента, который самостоятельно отменил клопидогрель через 3 месяца после стентирования БМС и через 2 недели был госпитализирован с тромбозом стента. Во время повторной госпитализации всем пациентам проведена КАГ.

Результаты исследования. Основными причинами повторных госпитализаций явились: (a) рестеноз стентированного сегмента у 39 пациентов (39,4% случаев); (b) прогрессирование атеросклеротического поражения у 23 пациентов (23,2%), из них у 19 больных (82,6 %) нецелевого сосуда (причем в 3 случаях в сочетании с рестенозом стентированного сегмента), а у 4 пациентов (17,4 %) другого сегмента целевого сосуда; (c) тромбоз стентированного сегмента у 10 пациентов (10,1 %), в том числе ранний (< 1 мес.) у 1 больного, поздний (от 1 мес. до 1 года) у 7 больных, очень поздний (> 1 года) у 2 больных с СЛП; (d) неполная реваскуляризация у 22 больных (22,2 %); (e) другие причины в 5 случаях (тромбоз нецелевого сосуда, мышечный мостик, функциональная окклюзия ветви сосуда после установки в нём стента). У 4 больных (4 %) гемодинамически значимого поражения коронаров не выявлено, но с учетом типичной клиники, положительных нагрузочных тестов предположено наличие синдрома Х. 15 пациентам (15,2%) диагностирована СС, 69 пациентам (69,7%) - НС, 10 пациентам (10,1%) - ИМ с | ST, 5 пациентам (5 %) - ИМ без | ST, 71 пациенту (71,7 %) проведено повторное ЧКВ, а 14 пациентам (14,1 %) рекомендована хирургическая реваскуляризация.

Выводы. Наиболее частой причиной повторных госпитализаций в нашей группе явился рестеноз in-stent в сроки от 1 до 6 месяцев у пациентов с БМС (в 2 случаях рестеноз послужил причиной госпитализации у пациентов с СЛП в сроки 10 и 26 месяцев). Высока частота прогрессирования атеросклероза коронарного русла, в связи с чем необходимо уделять большее внимание его вторичной профилактике. В большинстве случаев при возвратной ишемии миокарда пациентам необходима повторная реваскуляризация.

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ, ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Балеева Л.В., Закирова В.Б.
Казанский государственный медицинский университет

Цель. Изучение течения хронической сердечной недостаточности (ХСН) при сопутствующей фибрилляции предсердий (ФП).

Материалы и методы. 104 пациента с ХСН функционального класса (ФК) и постоянной формой ФП. Максимальная продолжительность наблюдения 6 лет 9 мес., минимальная 5 мес. (25+18 мес.). Для изучения динамики клинических, гемодинамических и функциональных показателей сформированы 6 групп в зависимости от продолжительности наблюдения: 1. наблюдение до 1 года (n=38); 2. - от 1 года до 2 лет (n=20); 3. - от 2 до 3 лет (n=15); 4. - от 3 до 4 лет (n=16); 5. - от 4 до 5 лет (n=10); 6. - от 5 до 7 лет (n=5). Умерло 42 пациента, причина смерти - сердечно-сосудистая патология. Проведен анализ выживаемости и выявление факторов риска неблагоприятного исхода.

Результаты. За время наблюдения достоверно изменялись показатели эхокардиографического исследования: снизилась фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) (p=0,04), произошло увеличение конечного систолического (КСР ЛЖ) (p=0,001) и конечного диастолического размера (p=0,004) левого желудочка (КДР ЛЖ), увеличился размер левого предсердия (ЛП) (p=0,03). Не выявлено достоверной динамики показателей частоты сердечных сокращений (ЧСС) (p=0,64), систолического АД (p=0,23), диастолического АД (p=0,25), клинического состояния, оцениваемого по «Шкале оценки клинического состояния» (p=0,9). Достоверно не изменился ФК ХСН: в 1 группе ФК ХСН увеличился у 34,2% больных, во 2 группе - у 30%, в 3 - у 26,7%, в 4 - у 62,5%, в 5 - у 50%, в 6 - у 60% больных. Хотя имеется тенденция к более частому ухудшению ФК ХСН после 3 лет наблюдения, но статистической значимости она не имеет (p=0,34).

В результате исследования не выявлено достоверной зависимости между приближением срока летального исхода и динамикой показателей ЧСС (p=0,47), систолического АД (p=0,59), диастолического АД (p=0,43), ФВ ЛЖ (p=0,74), КСР ЛЖ (p=0,39), КДР ЛЖ (p=0,18), клинического состояния (p=0,68). Наблюдалась лишь тенденция (на 90% доверительном уровне) зависимости между увеличением размера ЛП и приближением срока неблагоприятного исхода (p=0,07).

Для оценки выживаемости использован метод Каплана-Мейера. Выживаемость пациентов ХСН с постоянной формой ФП через 5 лет составила 60%. Порог 50%-ой выживаемости 5,5 лет.

Выводы. У больных с ХСН, осложненной ФП дилатация полостей сердца и снижение сократительной функции левого желудочка прогрессируют значительно быстрее, чем появление клинических симптомов и динамика функционального состояния. 5-летняя выживаемость больных с ХСН после установления постоянной формы ФП составляет 60%. Достоверного ухудшения гемодинамических, клинических и функциональных показателей, предшествующее летальному исходу, не обнаружено.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОНДЕНСАТА ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТИПА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ШКОЛЬНИКОВ

Безруков Л.А., Воротняк Т.М., Билоус В.В., Бойчук Р.Р.
Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

Цель работы: определить диагностическую ценность показателей конденсата выдыхаемого воздуха для выявления типа вегетативной дисфунции у школьников.

Методы исследования. На базе кардиологического отделения Областной детской клинической больницы г. Черновцы (Украина) обследовано 30 детей школьного возраста, страдающих вегетативной дисфункцией (ВСД) по гипо- и гипертоническому типу в период обострения. Средний возраст составил 15,1±0,7 лет, мальчиков было 58,3%. Обследовано 14 детей с вегетативной дисфункцией по гипотоническому типу и 16 детей с вегетативной дисфункцией по гипертоническому типу. В конденсате выдыхаемого воздуха определяли содержание метаболитов оксида азота и протеолитическую активность за лизисом азоальбумина (лизис низкомолекулярных белков) и азоказеина (лизис высокомолекулярных белков).

Полученные результаты. Протеолитическая активность по лизису азоальбумина в среднем при ВСД по гипотоническому типу составила 1,57±0,8 мл/час, а при преобладании гипертонии - 1,08±0,1 мл/час. При этом про гипертонический вариант ВСД свидетельствовала протеолитическая активность по лизису азоальбумина меньше 1,24 мл/час с чувствительностью 85,7%, специфичностью 80%, предсказуемой ценностью отрицательного результата 80%, отношением шансов 24,0. Протеолитическая активность по лизису азоказеина

больше 1,1 мл/час (при средних показателях при гипотоническом варианте ВСД - 1,2±0,1 мл/час и при гипертоническом - 1,0±0,1 мл/час) соответствовала ВСД с преобладанием гипотонии с чувствительностью 83,3%, специфичностью 66,7%, предсказуемой ценностью отрицательного результата 80%, отношением шансов 10,0. Содержание метаболитов оксида азота в конденсате выдыхаемого воздуха больше 38 мкмоль/л (в среднем при гипотоническом типе ВСД 38,5±4,7 мкмоль/л и при гипотоническом - 28,9±6,2 мкмоль/л) свидетельствовало о гипотоническом типе вегетативной дисфункции с чувствительностью 87,5%, предсказуемой ценностью положительного результата 50% и отрицательного - 83,3%, отношением шансов 5,0.

Заключение. Таким образом, полученные результаты дают основание считать, что показатели содержания метаболитов оксида азота и протеолитической активности в конденсате выдыхаемого воздуха можно использовать как дополнительный диагностический критерий для определения типа вегетативной дисфункции у подростков.

ПОТЕНЦИАЛ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ ОИМ/ОКС

Бекбулатова И.Р., Мамутов Р.Ш., Аминов А.А, Уринов О.У., Анарбаева М. Р.
Республиканский специализированный центр кардиологии
г. Ташкент, Узбекистан

Цель: Оценка потенциала основных факторов риска (ФР) у больных с ОИМ/ОКС (острым инфарктом миокарда/острым коронарным синдромом) на примере населения одного из районов г. Ташкента 20-69-летнего возраста.

Материал и методы: Базой для настоящего исследования послужили данные когортного исследования «Регистр острого инфаркта миокарда и острого коронарного синдрома в одном из районов г.Ташкента». ОКС и ОИМ изучались среди постоянного населения одного из районов г. Ташкента, возраст включенных в исследование пациентов составил 20-69 года (с начала июля 2009 г.). Средний возраст всей группы 58,5 ± 8,8 года, мужчин - 56,8 ± 9,6 года, женщин - 61,6 ± 5,8 года.

Выявлено 216 больных с ОИМ/ОКС, поступивших в стационар в течение 9 месяцев. Среди них ОИМ выявлен в 75 (34,7%), ОКС в 141 (65,3%) случаях.

Результаты показали, что что частота ОИМ/ ОКС у мужчин была в 2 раза выше, чем у женщин. У женщин в начальных шести пятилетних периодах ни одного случая ОИМ/ОКС не встречалось, в то же время у мужчин в этом периоде выявлены 30 (21,7 %) случаев изучаемой патологии.

Анализ факторов риска (ФР) показал, что 28,2 % больных относились к группе курящих, причем в 5,5 раза курильщики встречались среди мужчин. У 76,8 % пациентов отмечалась избыточная масса тела (ИМТ) и/или ожирение, причем с одинаковой частотой среди мужчин и женщин. В возрастной группе 45-49 лет у мужчин (82 %) и 55-59 лет у женщин (93 %) встречаемость данного ФР (ожирение 1-3 степени) была наивысшей. Гиперхолестеринемия (> 200 мг/дл) выявлена у 75(34,7%) больных, в том числе у 44 (31,9%) мужчин и 31 (39,7%) женщины. Анализ распространенности гиперхолестеринемии в зависимости от возраста показал, что наибольшие величины данного показателя наблюдались среди 60-64 летних мужчин 11 (25,2%) и 65-69 летних женщин 12 (38,7%). Сахарным диабетом (СД) страдали 60 (27,8 %) пациентов, женщины в 2 раза чаще - (39,7% и 21,0 % соответственно). Артериальной гипертонией (АГ) страдали - 77,3 % пациентов (72,5 % мужчин и 85,9 % женщин), анализ по степеням АГ показал, что у 28 (12,9 %) отмечалась II степень АГ, у 10 (4,6 %) - III ст. Данные анамнеза показали, что отягощенный семейный анамнез по ИБС наблюдался у 113 (52,3%) мужчин и женщин. Этот показатель существенно не отличался между мужчинами и женщинами (50,7% и 55,1% соответственно). В целом по группе в прошлом перенесли ОИМ 87 пациентов (40,2%), в том числе 58 (42,0%) мужчин и 29 (37,2%) женщин, стабильной стенокардией напряжения страдали одинаково часто мужчины и женщины (66,6% и 73,0 % соответственно).

Выводы: исследование продемонстрировало наибольшую распространенность ОИМ/ОКС в возрастной группе 65-69 лет. При этом потенциал основанных ФР среди мужчин и женщин с ОИМ/ОКС имел свои особенности: ИМТ наиболее часто встречался в возрастных группах 45-49 лет и 55-59 лет соответственно у мужчин и женщин. Гиперхолестеринемия и АГ чаще наблюдались среди женщин, в то же время курение было более характерно для мужчин.

РОЛЬ «МУЖСКОГО» ФАКТОРА В ФОРМИРОВАНИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Бойко Е.Л., Сотникова Н.Ю., Попова И.Г., Чухина С.И.
ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова Росмедтехнологии», Иваново, Россия

Несмотря на существенный прогресс, достигнутый за последние десятилетия в акушерстве и гинекологии, проблема невынашивания беременности до настоящего времени остается наиболее сложной.

Целью нашего исследования явилась оценка исхода беременности у женщин с угрозой прерывания беременности ранних сроков при наличии у них инфекции и патологии эякулята у мужа.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования служили: у женщин - периферическая венозная кровь, у мужчин - соскоб из уретры, сперма. В периферической крови, методом ИФА, определяли наличие IgM и IgG к Herpes Virus, CMV, Chlamidia trachomatis, Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma hominis. В соскобах их уретры, методом прямой иммунофлюоресценции, определяли антигены HSV-2 типа, CMV, Chlamidia trachomatis, Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma hominis. Определение показателей спермограммы проводилось при помощи светового микроскопа при увеличении в 400 раз в камере Горяева. Содержание гликоделина в спермальной жидкости осуществляли методом иммуноферментного анализа с применением наборов фирмы «Bioserv-Diagnostics» (Германия). Исследование стремились проводить так, чтобы одновременно обследовать обоих супругов. Обследование мужчин проводилось врачом-андрологом.

Полученные результаты. С учетом наличия или отсутствия «мужского» фактора выделены группы: беременные с угрозой прерывания в 1 триместре, у которых отсутствовали маркеры активной инфекции и в эякуляте у супруга было нормальное содержание гликоделина; беременные с угрозой прерывания в 1 триместре, у которых отсутствовали маркеры активной инфекции и в эякуляте у супруга было низкое содержание гликоделина. Наиболее неблагоприятные исходы беременности отмечались в группе с «мужским» фактором. В этой группе беременность у женщин чаще заканчивалась самопроизвольным ранним выкидышем ($p<0,05$). О влиянии белка на развитие беременности ранних сроков ранее было изучено в работах Посисеевой Л.В. (1991, 1993, 1998). Было высказано предположение, что беременность при угрожающем аборте сохраняется в случаях повреждения одной из участвующих в оплодотворении гамет и прерывается при повреждении обеих. Анализ собственного материала подтвердил данное предположение. У женщин с инфекционным фактором невынашивания беременности, благодаря профилактическим мероприятиям, чаще рождались здоровые дети ($p<0,05$). Неблагоприятное влияние низкого уровня белка в эякуляте у супруга находится в зависимости от потенциальной фертильности женщины.

По-видимому, из-за недостатка гликоделина, происходит «старение» сперматозоидов, что в случае наступ¬ления беременности приводит к формированию неполноценного плодного яйца, и, как следствие, - к спонтанному аборту или рождению неполноценного потомства, с различной перинатальной патологией у детей.

ИЗУЧЕНИЕ МЕМБРАНОТРОПНОЙ АКТИВНОСТИ СОЛЕЙ ГУМИНОВЫХ КИСЛОТ ЛЕОНАРДИТА

Бузлама А.В.
Воронежский государственный университет, Воронеж, Россия

Введение. Поиск новых лекарственных веществ, способных регулировать структурно-функциональные свойства биологических мембран является актуальным, так как процессы нарушения проницаемости клеточных и субклеточных мембран являются важным компонентом патогенеза различных заболеваний. В частности, перспективно изучение мембранотропной и мембраностабилизирующей активности гуминовых веществ - природных соединений растительного происхождения.

Цель исследования - изучение мембранотропных свойств солей гуминовых кислот, получаемых из леонардита, путем оценки их влияния на проницаемость мембран эритроцитов в модельных условиях при кислотном гемолизе.

Методы исследования. Влияние гумата леонардита на свойства биологических мембран изучали методом автоматической регистрации кислотных эритрограмм, основанном на фотометрической регистрации процесса гемолиза во времени. Эритроциты для проведения исследований получали из крови белых беспородных крыс-самцов. Структурное состояние мембран эритроцитов оценивали по расчетным параметрам: - константа максимальной скорости гемолиза (отн. ед.); G -количество гемолизированных эритроцитов (%); t_{lat} - время нахождения эритроцитов в латентной стадии гемолиза (сек).

Результаты исследования. Установлено, что на фоне присутствия в среде гумата леонардита кинетика кислотного гемолиза эритроцитов изменяется - кривая смещается вправо и становится более пологой, что можно трактовать как повышение времени и степени устойчивости эритроцитов к повреждающему действию

кислотного гемолитика. Под влиянием гумата леонардита в концентрации, эквивалентной дозе 1,0 мг/кг регистрируется снижение показателя на 15,8% относительно контроля, что свидетельствует об увеличении степени дифференцировки более стойких эритроцитарных клеток по отношению к кислотному гемолитику. На фоне влияния гумата леонардита в концентрации, эквивалентной дозе 5 мг/кг зарегистрировано увеличение показателя t_{1a_1} в 9 раз (45 сек. при 5 сек. в контроле) и значительное снижение на 42,2%. Для дозы 10 мг/кг указанные изменения становятся более выраженными, проявляясь снижением на 82,5%, что свидетельствует о вовлечении в стадию гемолиза меньшего количества эритроцитов и замедлении скорости гемолиза.

Выводы. На модели регистрации кислотных эритрограмм установлена способность гумата леонардита снижать проницаемость биомембран для ионов, при повышении концентрации гумата леонардита (эквивалентно дозе 5 мг/кг и 10 мг/кг) указанный эффект становится значительно более выраженным и свидетельствует о повышении резистентности мембран к повреждающим факторам. Полученные результаты позволяют предположить наличие мембраностабилизирующих свойств гумата леонардита, что может являться одним из механизмов биологической активности соединений группы гуминовых веществ и позволяет рассматривать их в качестве перспективного компонента для создания новых лекарственных препаратов.

ВЛИЯНИЕ НАНОРАЗМЕРНОГО КРЕМНЕЗЕМА И УГЛЕРОДНЫХ НАНОТРУБОК НА АКТИВНОСТЬ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ МАКРОФАГОВ У БОЛЬНЫХ НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ И ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГИТОМ

Волкова А.В., Назаров С.Б., Посисеева Л.В., Ситникова О.Г., Красильникова А.К., Клычева М.М., Назарова А.О., Агафонов А.В., Рябинина И.В., Алексеева О.В.
ФГУ «Ив НИИМиД имени В.Н.Городкова Росмедтехнологии», Иваново, Россия,
Институт Химии растворов РАН, Иваново, Россия.

В структуре гинекологической заболеваемости у женщин репродуктивного возраста удельный вес генитального эндометриоза составляет от 7 до 50 %. Эндометриоз является причиной бесплодия в 13-39 % случаев, занимая третье место после воспалительных заболеваний женских гениталий и миомы матки. В патогенезе наружного генитального эндометриоза показана важная роль активности перитонеальных фагоцитов. У больных эндметриозом выявлено увеличение популяции крупных и активных макрофагов, у которых регистрируется повышенная кислородзависимая метаболическая активность, приводящая к избыточному образованию свободно-радикальных молекул. В последние годы большое значение уделяется изучению биологической активности наночастиц, в частности их влияния на интенсивность свободнорадикальных и антиоксидантных процессов различных клеток организма.

Целью работы явилось исследование влияния наноразмерного кремнезема и углеродных нанотрубок на активность перитонеальных макрофагов в процессе фагоцитоза у женщин с бесплодием, обусловленным наружным генитальным эндометриозом или сальпингитом. Обследовано 15 женщин с бесплодием, обусловленным наружным генитальным эндометриозом, и 10 женщин с бесплодием, обусловленным хроническим сальпингитом, в возрасте от 23 до 39 лет. Влияние наноразмерного кремнезема на активность перитонеальных макрофагов определяли у 9 женщин с эндометриозом и 10 с сальпингитом, влияние углеродных нанотрубок - у 6 женщин с эндометриозом. Макрофагальные клетки из перитонеальной жидкости выделялись общепринятым методом, для исследования брали 250-300 тысяч клеток. Фагоцитарную активность перитонеальных макрофагов изучали методом индуцированной хемилюминесценции с помощью биохемилюминометра-06М. Регистрировалось время наступления пиков активности фагоцитоза и их амплитуда в течение 30 минут.

В результате исследований установлено, что под влиянием наноразмерного кремнезема фагоцитарная активность перитонеальных макрофагов у женщин с бесплодием, обусловленным наружным генитальным эндометриозом, снижалась, а у женщин с сальпингитом не изменялась. При воздействии углеродных нанотрубок фагоцитарная активность перитонеальных макрофагов у женщин с бесплодием, обусловленным наружным генитальным эндометриозом, не изменялась. Таким образом, кремнезем оказывает ингибирующее воздействие на фагоцитоз перитонеальных макрофагов у женщин с бесплодием, обусловленным наружным генитальным эндометриозом, что можно рассматривать как потенциальный лечебный эффект при данном заболевании. Отсутствие влияния нанотрубок на фагоцитоз перитонеальных макрофагов обосновывает их возможное использование в качестве носителей лекарственных средств, применяемых для лечения эндометриоза.

ВОЗМОЖНОСТЬ ОЦЕНКИ ПРОГНОЗА ИЗМЕНЕНИЯ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ЗУБЦОМ Q С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ПОМОЩЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЛАЗМЕННОГО УРОВНЯ ФНО-а и NT-pro BNP В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Волкова С.Ю.

ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава, Институт терапии Тюменского Отдела Южно-Уральского научного центра РАМН, Тюмень, Россия

Цель. Оценить прогностическую ценность анализа плазменного уровня фактора некроза опухоли альфа (ФНО-а) и N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида (NT-pro BNP) у больных с сохранной фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) в подостром периоде инфаркта миокарда (ИМ) с зубцом Q.

Материалы и методы. В проспективное наблюдение были включены 80 больных ИМ с зубцом Q (60 мужчин и 20 женщин, в возрасте от 30 до 75 лет) с ФВЛЖ > 40% (в среднем 51±7,9%). У 50 пациентов на 10-14 день ИМ проведено определение плазменного уровня ФНО-а и NT-pro BNP конкурентным иммуноферментным методом с использованием реактивов Biomedica и BioSourse. Статистическая обработка данных проводилась с использованием статистического пакета STATISTICA (версия 6.0).

Результаты. Средний срок наблюдения за пациентами составил 12,3 ± 4 месяца. При проведении контрольной ЭХОКГ из 66 пациентов, пришедших на заключительный осмотр, у 36 (54,5%) выявлено повышение ФВ, в среднем на 7,0± 3,2%. У 30 (45,5%) - выявлено уменьшение ФВ, в среднем на 5,9± 3,6%. При этом различий между группами по ряду таких показателей как: пол, возраст, перенесенному ранее ИМ, наличию сахарного диабета, глубине и локализации текущего ИМ, исходным ЭХОКГ-показателям и получаемой терапии, не выявлено. По результатам многофакторного анализа наиболее значимыми факторами, оказывающими влияние на величину ФВЛЖ в динамике, являлись: ИМ в анамнезе, АГ, глубина некроза при данном ИМ, а также исходный уровень ФНО-а более 3,0 пг/мл, который повышал шанс снижения ФВЛЖ в процессе наблюдения более чем в 6 раз (ОШ=6,1(1,2-31,8), p=0,033). Также мы отметили, что при сочетании плазменного уровня NT-pro BNP более 1000 пг/мл и плазменного уровнем ФНО-а выше медианы вероятность снижения ФВЛЖ в процессе долгосрочного наблюдения составляет 100% (p=0,018).

Выводы. Результаты проведенного анализа показали, что плазменный уровень ФНО-а более 3,0 пг/мл является основным предиктором снижения ФВЛЖ за период наблюдения. При сочетании плазменного уровнем ФНО-а более 3,0 пг/мл с уровнем NT-pro BNP в плазме крови более 1000 пг/мл вероятность снижения ФВЛЖ составляет 100%.

ПРОГНОЗ ДОЛГОСРОЧНЫХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ ИМ С ЗУБЦОМ Q, С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ ПЛАЗМЕННОГО УРОВНЯ ФНО-а И NT-pro BNP

Волкова С.Ю.

ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава, Институт терапии Тюменского Отдела Южно-Уральского научного центра РАМН, Тюмень, Россия

Цель. Изучить значение определения в подостром периоде (10-14 день) инфаркта миокарда (ИМ) с зубцом Q у больных с сохранной фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) плазменного уровня фактора некроза опухоли альфа (ФНО-а) и N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида (NT-pro BNP) для оценки исходов заболевания.

Материалы и методы: В проспективное наблюдение были включены 80 больных ИМ с зубцом Q (60 мужчин и 20 женщин, в возрасте от 30 до 75 лет) и ФВЛЖ > 40% (в среднем 51±7,9%). У 50 пациентов на 10-14 день ИМ проведено определение плазменного уровня ФНО-а и NT-pro BNP конкурентным иммуноферментным методом с использованием реактивов Biomedica и BioSourse. Статистическая обработка данных проводилась с использованием статистического пакета STATISTICA (версия 6.0).

Результаты: Средний срок наблюдения за пациентами составил 12,3 ± 4 месяца. Исходы можно было оценить у 69 больных (86,3%), включенных в исследование. Течение ИБС было стабильным у 45 наблюдавшихся (64,3%). У 3 пациентов (4,3%) был летальный исход (в одном наблюдении не связанный с сердечно-сосудистыми заболеваниями). Экстренные повторные госпитализации были у 15 наблюдавшихся (21,7%). Из них - у 10 связанные с острым коронарным синдромом (ОКС), у остальных - с клиникой острой

сердечной недостаточности (СН). У 6 (8,2%) была проведена операция реваскуляризации миокарда. При анализе влияния уровня НМ, определенных в подостром периоде ИМ, на исходы ИБС, было выявлено, что плазменный уровень NT-pro BNP более 1000 пг/мл является предиктором развития СН в процессе наблюдения (ОР= 20,0 (2,4-165,1), p=0,017), также как и плазменный уровень ФНО-а более 3,0 пг\мл (ОР= 20,0 (2,4-165,1), p=0,017). Отмечено, что плазменный уровень NT-proBNP выше верхней границы нормы (350 пг/мл) и ФНО-а более 3,0 пг/мл повышают риск развития экстренной госпитализации (связанной как с ОКС, так и с СН) в период последующего наблюдения более чем в 3 раза (ОР =3,3(1,8-6,3), p=0,016).

Выводы: Результаты проведенного анализа показали, что плазменный уровнь NT-proBNP и ФНО-а, определенные в подостром периоде ИМ с зубцом Q у больных с сохранной ФВЛЖ, являются достоверными прогностическими факторами, указывающим на риск экстренных госпитализаций и развития СН в течение года после ИМ.

ОПИСАТЕЛЬНАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Волкова М.Г., Тринитатский Ю.В.
МУЗ Городская больница № 2, г. Краснодар,
ГОУ ИПК ФМБА России, г. Москва.

Эпидемиологические исследования рассеянного склероза (РС) были традиционно сфокусированы на сравнении данных по распространенности заболевания в зависимости от географического расположения. Ключевым фактором в эпидемиологических исследованиях является установление точного диагноза и достоверное подтверждение каждого случая, что не всегда возможно при РС. По данным современных исследователей промежуток между клиническим началом заболевания и его диагностикой в среднем составляет 4 года.

В Краснодарском крае эпидемиологические исследования рассеянного склероза до настоящего времени не проводилось.

На 1 июня 2010 года в крае выявлено 618 больных РС. Показатель распространенности составил 12,06 на 100000 населения и был максимальным в г. Краснодаре 19,3 на 100000 населения. Этот показатель почти в два раза ниже аналогичного в Ростовской области, где распространенность РС превышает 25 случаев на 100000 населения. Соотношение мужчин и женщин больных РС составило 1:1.9, что соответствует современным литературным данным. Основное количество больных (572) составили коренные жители края, мигрантов - 46. Выявлено 3 семейных случая, в которых наследование болезни происходило по женской линии. Чаще дебют заболевания отмечался в возрасте от 15 до 19 лет (81% случаев). У 83% случаев зафиксировано ремиттирующее течение, в 21% случаев, переходящее во вторично-прогрессирующее, в 17% - первично-прогрессирующее течение. Степень инвалидизации по шкале EDSS у больных РС колебалась от 0 до 8 баллов и в среднем составляла 4,5-5.5 баллов.

Таким образом, эпидемиологические исследования показали, что Краснодарский край относится к зоне среднего риска развития РС. Распространенность заболевания в крае ниже, чем в соседних регионах, Ставропольском крае и Ростовской области.

Население краснодарского края 5124000
Город 53%, село 47%
Краснодар 764600, всего в краснодаре 148 больных: женщин 109, мужчин 39.
Показатель распространенности в Краснодаре 19,3

Районы края 4359400
Всего больных в крае 480, женщин 335, мужчин 145
Показатель распространенности 11,01

Всего пациентов в Краснодарском крае 618
Показатель распространенности 12,06
Местное население из которых 572, мигранты 46 больных.

ВЛИЯНИЕ ДИСЛИПИДЕМИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА

Ворохобина Н.В., Башнина Е.Б., Шарипова М.М., Шуцкая Ж.В.
ГОУ ДПО СПбМАПО, кафедра эндокринологии им. акад. Баранова В.Г.

Проведенные исследования показывают, что наряду с гипергликемией, дислипидемия является самостоятельным патогенетическим фактором развития и прогрессирования диабетической нефропатии (ДН). В исследованиях установлено существование полной аналогии между процессом формирования нефросклероза и механизмом развития атеросклероза сосудов при сахарном диабете 1 типа (СД 1 типа) у взрослых пациентов.

Целью настоящего исследования являлось изучение влияния дислипидемии в патогенезе диабетической нефропатии (ДН) в стадии микроальбуминурии (МАУ) у подростков с СД 1 типа.

Обследовано 79 детей и подростков в возрасте от 12 до 18 лет. Были сформированы 2 группы: 1-я группа - пациенты с ДН - 38 человек; 2-я группа - 41 пациент без диабетического поражения почек. Верификация ДН была осуществлена согласно стандартам оказания медицинской помощи пациентам с СД 1 типа с использованием тест полосок «micral-test-2». Критерием диагностики являлась МАУ в пределах 30-300 мг/сут, выявленная троекратно в течение месяца.

В ходе исследования проанализированы статистические различия показателей липидограммы у больных с ДН (1 группа) и без диабетического поражения почек (2 группа). Так уровень общего холестерина статистически не различался у пациентов 1-й и 2-й группы, составляя 4,71 ± 1,04 и 4,73 ± 0,08 ммоль/л соответстенно ($p>0,05$). Уровень триглицеридов был выше у пациентов с ДН 1,15 ± 0,10 ммоль/л против 0,8 ± 0,06 в группе больных без ДН ($p < 0,05$). Показатели липопротеидов атерогенного класса в сравнении 1 и 2 группы были следующими: липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) 2,49 ± 0,14 против 2,62 ± 0,07 ммоль/л ($p>0,05$); уровень липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) был статистически выше у больных с ДН 0,49 ± 0,05 ммоль/л в сравнении с пациентами без ДН 0,40 ± 0,03 ммоль/л ($p < 0,03$). При этом, значения ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) были ниже у пациентов с ДН по сравнению с больными без нефропатии ($p < 0,03$). Коэффициент атерогенности был более низким во 2-ой группе и составил 1,78 ± 0,075 против 1,97 ± 0,15 в 1-й группе.

В результате исследования было установлено, что показатели триглицеридов, ЛПОНП были достоверно выше у пациентов с ДН, чем у больных без ДН. Выявлен более низкий уровень ЛПВП у подростков с нефропатией по сравнению с больными без диабетического поражения почек ($p<0,05$). Обращает внимание факт, что тип дислипидемии у подростков с ДН характерен для больных с метаболическим синдромом. Полученные данные являются основой для разработки комплекса гиполипидемической терапии на ранних стадиях развития ДН.

ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ: ФАКТОРЫ РИСКА

Галеева З.М.

Казанский государственный медицинский университет, г.Казань, Россия

Цель: определение факторов риска развития ишемического мозгового инсульта (МИ).

Методы исследования: клинические методы (анализ анамнестических сведений, общеклинические исследования, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, ЭКГ, Эхо-КГ, исследование глазного дна, ретроспективный анализ амбулаторных карт и историй болезни пациентов, рентгеновская компьютерная томография или магнитнорезонансная томография головного мозга) и методы статистического анализа (специализированные статистические пакеты STATISTICA for Windows 5.0, Statgraphics for Windows v.3.0).

Полученные результаты: Было обследовано две группы пациентов, всего 330 человек, страдавших гипертонической болезнью. У большинства пациентов основной группы до мозгового инсульта повышенное давление наблюдалось в течение 3-4 лет. Средний возраст составлял 59,9+7,9 года. В контрольную группу было включено 119 пациентов без перенесенного мозгового инсульта, из них 29 мужчин (26,6%) и 90 женщин (73.4%). Средний возраст в группе составлял 54,95±8,03 года.

Основную группу составил 211 пациент, не менее одного года назад перенесший ишемический мозговой инсульт, в том числе 114 мужчин (56,7%) и 97 женщин (43,3%). Средний возраст в данной группе - 57,9±7,2 года.

Проводился анализ следующих параметров: индекс массы тела, уровень холестерина в крови, степень артериальной гипертонии, курение, употребление алкоголя, наличие сахарного диабета 2 типа, наличие протеинурии, наличие гипертрофии левого желудочка по ЭКГ, ангиопатия сетчатки. Анализ показал, что у данной выборки больных факторами риска мозгового инсульта были: уровень холестерина в диапазоне 6,6-7,5 ммоль/л, артериальная гипертония 1 и 2 степеней, курение, употребление алкоголя, протеинурия. Тогда как

избыточная масса тела, гипертрофия левого желудочка, ангиопатия сетчатки и наличие сахарного диабета не оказали влияния на факт развития мозгового инсульта.

Выводы:

1. В качестве факторов риска развития ишемического мозгового инсульта у пациентов, страдающих гипертонической болезнью, правомерно рассматривать: уровень холестерина в диапазоне 6,6-7,5 ммоль/л, артериальную гипертонию 1 и 2 степени, курение, употребление алкоголя, наличие белка в моче.
2. Рассматривать в качестве факторов риска развития ишемического мозгового инсульта такие показатели, как избыточная масса тела, наличие сахарного диабета 2 типа, гипертрофия левого желудочка и ангиопатии сетчатки не корректно.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ В АНАМНЕЗЕ

Галеева З.М.
Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Россия

Цель: оценить качество жизни пациентов, страдающих гипертонической болезнью и перенесших мозговой инсульт.

Методы: с целью исследования качества жизни у больных гипертонической болезнью и мозговым инсультом в анамнезе были опрошены по методике количественного определения качества жизни Гладкова А.Г. и соавторов (1982) 38 пациентов с гипертонической болезнью после мозгового инсульта (13 мужчин и 25 женщин). После мозгового инсульта артериальная гипертония 1 степени была выявлена у 9 (18,8 %), артериальная гипертония 2 степени - у 16 (33,3 %), артериальная гипертония 3 степени - у 13 (27,1 %) человек. Преобладающее большинство пациентов имело среднее или средне - специальное образование (85,6 %).

Полученные результаты: отметим некоторые критерии оценки качества жизни пациентов с гипертонической болезнью после мозгового инсульта. Постоянный приём гипотензивных препаратов был необходим 99 % пациентов с 1 степенью артериальной гипертонии, 87 % - со 2 степенью артериальной гипертонии и 69 % - с 3 степенью артериальной гипертонии. Необходимость ограничения физических усилий отметили 55 % пациентов с 1 степенью артериальной гипертонии, 81 % - со 2 степенью артериальной гипертонии, 92 % - с 3 степенью артериальной гипертонии. На сокращение контактов с друзьями указали 11 % пациентов с 1 степенью артериальной гипертонии, 37 % - со 2 степенью артериальной гипертонии, 38 % - с 3 степенью артериальной гипертонии. Были вынуждены ограничить проведение досуга 66 % пациентов с 1 степенью артериальной гипертонии, 75 % - со 2 степенью артериальной гипертонии, 78 % - с 3 степенью артериальной гипертонии.

Для всех больных гипертонической болезнью в качестве наиболее негативных факторов снижения качества жизни после мозгового инсульта оказались необходимость ограничения физических усилий, уменьшение контактов с друзьями и необходимость ограничения досуга.

У больных артериальной гипертонией 1 степени на первом плане оказалось ограничение в проведении досуга, у больных с 2 и 3 степенями артериальной гипертонии - ограничение физических усилий. По критерию необходимости постоянного приёма лекарств была выявлена обратная зависимость от степени артериальной гипертонии: с увеличением степени артериальной гипертонии данный критерий имел меньшее значение.

Вывод: анализ проведенного опроса позволяет прийти к следующему заключению: качество жизни пациентов гипертонической болезнью и мозговым инсультом в анамнезе имело тенденцию к ухудшению с увеличением степени артериальной гипертонии.

ИВАБРАДИН И β-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Галеева З.М., Андреичев Н.А.
ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»,
Кафедра факультетской терапии и кардиологии, Казань, Россия.

ИБС - основная причина смерти среди заболеваний внутренних органов. Каждые 26 секунд случается одно коронарное осложнение, и каждую минуту один пациент с ИБС умирает от коронарных осложнений. Около 38 % пациентов, у которых произошло какое-либо коронарное осложнение, умирает в течение ближайшего года.

Рекомендации по лечению стенокардии напряжения (СН), как улучшающие прогноз пациентов с ИБС следующие: 1. Антиагреганты, 2. Статины, 3. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, 4. р-адреноблокаторы (ББ) (после инфаркта миокарда - ИМ), 5. Реваскуляризация (для отдельных пациентов). BEAUTIFUL - первое исследование, которое доказало, что ЧСС > 70 уд/мин значительно увеличивает риск сердечно-сосудистой смертности, ИМ, артериальной гипертензии, хронической сердечной недостаточности и потребности в реваскуляризации у пациентов со стабильной ИБС. Замедление частоты сердечных сокращений (ЧСС) с помощью ББ позволяет уменьшить потребность миокарда в кислороде и повысить переносимость физических нагрузок у больных, страдающих СН. Однако назначение ББ не всегда обеспечивает достаточный эффект. Поэтому для замедления ЧСС с целью достижения антиангинального эффекта, необходимо применение ББ в комбинации с другим более селективным препаратом.

Цель исследования: оценка эффективности и безопасности применения ивабрадина при лечении пациентов с ИБС: СН функционального класса (ФК) 2-3 в комбинации с метопрололом тартратом.

Материалы и методы: Наблюдались 10 чел. (7 муж. и 3 жен.), которые получали кораксан в дозе 10 - 15 мг и 6 чел. (3 муж. и 3 жен.), которые получали метопролол тартрат в дозе 25 - 100 мг на фоне общепринятой терапии согласно рекомендациям общества кардиологов (2008).

Результаты: Представляет интерес пациент с диагнозом: ИБС: СН ФК 3. ПИКС (постинфарктный кардиосклероз) нижней стенки с зубцом Q в июле 2007 года. Атеросклероз коронарных артерий. Состояние после операции аортокоронарного шунтирования от 2008 года. Гипертоническая болезнь 3 стадии, риск 4. ХСН 1. ФК 2. Пациент наблюдался в течение 2 месяцев, получал в качестве базисной терапии метопролол тартрат. Ежедневно проводилось измерение АД, определение количества приступов СН, числа приемов нитроглицерина, в начале и в конце исследования поводились велоэргометрия и эхокардиография (ЭхоКГ). Вследствие снижения артериального давления ниже 90/60 мм рт.ст. доза ББ была снижена, а терапия дополнена ивабрадином в дозе 5 мг 2 раза в сутки. Через 7 дней от начала лечения ивабрадином дозу ивабрадина увеличили до 7,5 мг 2 раза в сутки для достижения ЧСС 55-60 ударов в минуту. Результаты: количество приступов стенокардии при комбинированном лечении уменьшилось в 1,4 раза, число приемов нитроглицерина в 2,3 раза, время выполнения физических нагрузок увеличилось на 2 минуты, по данным ЭхоКГ фракция выброса увеличилась с 48 до 50 %.

Выводы: применение ивабрадина с антиангинальной целью, благодаря снижению ЧСС у пациентов со стабильной СН, эффективно и безопасно не только в качестве монотерапии, но и в комбинации с ББ.

ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СРЕДСТВ НА УРОВНИ АСИММЕТРИЧНОГО ДИМЕТИЛАРГИНИНА И ДЕРИВАТЫ МЕТАБОЛИЗМА ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ, ДОСТИГШИХ ЦЕЛЕВОГО СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Галявич А.С., Хамидуллина А.Р., Галявич Р.А.
Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Цель. Целью исследования было изучение влияния антигипертензивных средств различных классов (ингибитора АПФ зофеноприла, блокатора рецепторов ангиотензина 2 ирбесартана, комбинированного препарата периндоприл + индапамид, бета-блокатора метопролола, агониста имидазолиновых рецепторов рилменидина) на плазменные уровни дериватов оксида азота (нитратов и нитритов - ДОА) и асимметричного диметиларгинина (АДМА) у больных артериальной гипертонией 1-2 степеней, достигших целевого значения (<140 мм рт. ст.) систолического артериального давления (САД) при монотерапии в течение двух недель.

Методы исследования. В исследование было включено 79 женщин в возрасте от 45 до 75 без явных клинических проявлений ишемической болезни сердца. Уровни ДОА в плазме определялись до и после лечения флуорометрически (BioVision, Mountain View, USA). Уровни АДМА определялись до и после лечения методом ELISA (DLD Diagnostika GmbH, Germany).

Полученные результаты. Применение зофеноприла привело к снижению САД на 18,9% (p<0,0001), увеличению уровня АДМА на 8% (p=0,02) и снижению уровня ДОА на 11,4% (не достоверно - н.д.). Применение нолипрела привело к снижению САД на 28,5% (p<0,0001), снижению АДМА на 2,6% (н.д.) и увеличению ДОА на 29,8% ((p=0,048). Применение метопролола снизило САД на 11,9% (p=0,016) привело к увеличению АДМА на 4,9% (н.д.) и увеличению ДОА на 12,2% (н.д.). Лечение рилменидином снизило САД на 22,9% (p=0,002), привело к снижению АДМА на 3,8* (н.д.) и увеличению ДОА на 20,3% (н.д.). Применение ирбесартана снизило АД на 23,3% (p=0,001), уровень ДОА снизился на 6,1% (н.д.).

Заключение. При достижении целевого САД в течение двух недель монотерапии у больных с 1-2 степенью артериальной гипертонии ингибитор АПФ зофеноприл статистически значимо увеличивает уровни АДМА на 8%, а нолипрел статистически значимо увеличивает уровни ДОА на 29,8%. Рилменидин и ирбесартан, несмотря на существенное и статистически значимое снижение САД, достоверно не изменяют уровни АДМА и ДОА.

ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ ОТ ОСТРОЙ КОРОНАРНОЙ ПАТОЛОГИИ В ТОМСКЕ. ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Гарганеева А.А., Округин С.А., Зяблов Ю.И., Борель К.Н.
Учреждение РАМН НИИ кардиологии СО РАМН, Томск

Цель исследования: на основании анализа случаев внезапной смерти (ВС) больных от острых коронарных катастроф (ОКК) на догоспитальном этапе (ДЭ), зарегистрированных в Томске в 2008 году, оценить состояние медицинской помощи больным сердечно сосудистыми заболеваниями (ССЗ) на амбулаторном этапе.

Материал и методы: по данным «Регистра острого инфаркта миокарда» в 2008 г. было отмечено 174 случая гибели больных от ОКК на ДЭ. В структуре этих случаев 47,1 % эпизодов были расценены как ВС от ОКК. Внезапной считалась смерть, наступившая в первые 6 часов от начала симптомов заболевания.

Результаты исследования: Из числа внезапно умерших 71,2 % страдали при жизни различными ССЗ, в т.ч. 24,7 % перенесли ранее ОИМ. Нуждались при жизни в регулярном лечении по поводу этих заболеваний 71,2%. Фактически получали его только 57,7%. Из числа больных, перенесших ранее ОИМ, систематически наблюдались в поликлиниках города 88,6%, однако, преимущественно, в первые 1-2 года после коронарного события. В дальнейшем число наблюдений резко снижалась. За последние 6 месяцев до гибели лечебные учреждения посещали только единицы. Визит больных с ССЗ к врачу, кроме осмотра, ограничивался в лучшем случае регистрацией ЭКГ. Такие виды исследования как ЭхоКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ назначались в единичных случаях. Никто из погибших больных с ССЗ, в том числе лица, перенесшие ОИМ, не посещали школы здоровья, действующие на базе кардиологического диспансера. Отсутствие адекватных лечебных и профилактических мер на амбулаторном этапе послужило причиной того, что у 26,8% внезапно умерших, ОИМ развился, по данным патоморфологического исследования, на фоне выраженной хронической систолической сердечной недостаточности.

Заключение: Таким образом, состояние медицинской помощи больным с ССЗ, включая ОИМ, на амбулаторном этапе не может считаться удовлетворительным. Необходимо восстановление диспансеризации и реабилитации данной категории больных в полном объеме с использованием при этом, имеющихся национальных рекомендаций и стандартов по ведению и лечению больных со стабильной стенокардией напряжения, перенесенным ОИМ и артериальной гипертонией.

ОСОБЕННОСТИ АКТИВАЦИИ И ПОПУЛЯЦИОННОГО СОСТАВА МОНОНУКЛЕАРОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ

Головкина О.А., Сотникова Н.Ю., Богатова И.К., Васильева И.А.
ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н.Городкова, Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи», Иваново, Россия.

В постменопаузальном периоде изменяются многие функции организма, в том числе и иммунной системы, при этом наиболее выраженные изменения происходят в гормонозависимых тканях, в том числе в тканях молочных желез, особенно при наличии сопутствующей фиброзно-кистозной мастопатии (ФКМ).

Целью исследования было изучить особенности популяционного состава мононуклеаров периферической крови и экспрессии ими активационных маркеров у женщин постменопаузального периода при развитии климактерического синдрома (КС) на фоне сопутствующей ФКМ.

Обследовано 40 женщин постменопаузального периода с КС I-II степени тяжести, 20 женщин с неосложненным течением постменопаузы и 30 женщин фертильного возраста с регулярным менструальным циклом.

Материалом для исследования служили лимфоциты и моноциты периферической крови. Иммунологические методы исследования включали определение поверхностного фенотипа иммунокомпетентных клеток и внутриклеточную экспрессию ими цитокинов с помощью моноклональных антител методом двухцветной проточной цитофлюориметрии на приборе FACScan (Becton Dickinson, USA).

Было установлено, что у женщин с КС в постменопаузальном периоде, в отличие от женщин с неосложненным течением постменопаузы отмечалось достоверное снижение уровня CD19+CD5+ лимфоцитов и повышение количества активированных CD19+ лимфоцитов. У пациенток с ФКМ и климактерическим синдромом в постменопаузе по сравнению с женщинами фертильного возраста с ФКМ в периферической крови наблюдалось достоверное повышение уровня лимфоцитов с фенотипом CD3+ ,CD19+, CD20+CD25+ и CD5+, а

также увеличение количества активированных Т-лимфоцитов и повышение уровня экспрессии HLA-DR+ лимфоцитов. Таким образом, при развитии КС в постменопаузе у женщин без патологии молочных желез и женщин с ФКМ выявлены сходные изменения по сравнению с женщинами с неосложненным течением постменопаузы, выраженные в повышении активационной способности В-лимфоцитов с одновременным снижением относительного содержания В-1 клеток, а у пациенток без патологии молочных желез отмечено так же усиление активации Т-клеточного звена иммунитета. У женщин с фиброзно-кистозной мастопатией и климактерическим синдромом в постменопаузе по сравнению с женщинами фертильного возраста с ФКМ наблюдается выраженная активация В- и Т-лимфоцитарного звена иммунитета, тогда как у женщин без патологии молочных желез отмечено угнетение активности моноцитов.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что патология молочной железы у женщин в постменопаузе с КС ассоциируется с активацией мононуклеарных клеток периферической крови за счет лимфоцитарного звена иммунитета.

ГИПЕРДИАГНОСТИКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАСТОЙНОЙ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ХСН, ОБУСЛОВЛЕННОЙ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ СИСТЕМНОГО АМИЛОИДОЗА

Гудкова А.Я., Семернин Е.Н., Кузнецова И.А., Бармашева А.А, Рыбакова М.Г., Шляхто Е.В.
Федеральный центр сердца, крови эндокринологии им. В.А. Алмазова,
СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова,Санкт- Петербург, Россия.

Цель: охарактеризовать удельный вес различных форм системного амилоидоза в структуре застойной преимущественно диастолической ХСН

Материал и методы: В исследование включено 238 пациентов с застойной ХСН в возрасте от 37 до 69 лет, которые находились под наблюдением с диагнозом ИБС, постинфарктное ремоделирование. Оценка диастолической функции проводилась с помощью ЭХОКГ, тканевой Допплер КГ.

Выполнено определение содержания легких цепей иммуноглобулинов в крови и моче, протеинограмма с определением М- градиента в крови и моче, биопсия слизистой щеки и кожи, жировая аспирационная биопсия с последующей окраской конго красным и просмотром в поляризованном свете. Во всех наблюдениях с положительной реакцией Конго красным проведено иммуногистохимическое исследование с антителами к иммуноглобулинам легких цепей типа каппа и лямбда, амилоиду А и секвенирование геномной ДНК для идентификаций мутаций в гене транстиретина.

Результаты. У 113 пациентов (47, 5 %) выявлено выраженное нарушение сократительной функции (ФВ < 30%) при отсутствии диастолической дисфункции. В 125 случаях (52,5%) выявлено преимущественное нарушение диастолической функции.

В 43 из 125 пациентов (34,4%) с застойной преимущественно диастолической ХСН фракция выброса ЛЖ была снижена (< 40%). У 17 пациентов выявлена положительная реакция при окрашивании Конго красным и характерное зеленоватое свечение при просмотре гистологических препаратов в поляризованном свете. С помощью иммуногистохимического подхода у 9 пациентов диагностирован первичный системный AL-амилоидоз, который в 2 случаях был диагностирован в возрасте до 40 лет.

У 3 больных по результатам генетического исследования выявлен транстиретиновый амилоидоз. Возраст пациентов с генетически обусловленным амилоидозом превышает 60 лет. Во всех случаях имела место гипердиагностика ИБС, причем в 3 случаях наряду с гипердиагностикой ИБС имела место гипердиагностика ХОБЛ.

У 2 других пациентов с дилатационной кардиомиопатией в возрасте 48 и 55 лет выявлен вторичный АА - амилоидоз.

В оставшихся 3 наблюдениях обнаружен локальный амилоидоз слизистой полости рта.

Заключение: на долю застойной преимущественно диастолической ХСН приходится более половины всех случаев ХСН. На долю системных форм амилоидоза приходится 10,4% всех случаев застойной преимущественно диастолической СН. В российской популяции наиболее распространенной формой является системный первичный AL- амилоидоз.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ AL-АМИЛОИДОЗА С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СЕРДЦА

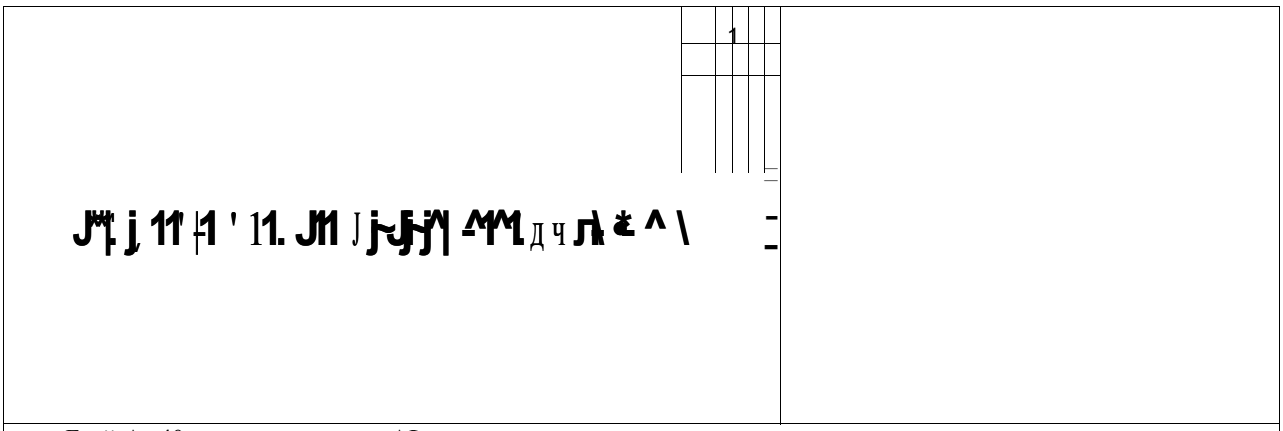
Гудкова А.Я., Семернин Е.Н., Кузнецова И.А., Полякова А.А., Мелиоранская Е.И., Рыбакова М.Г.
Федеральный центр сердца, крови эндокринологии им. В.А. Алмазова,
СП6ГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт- Петербург, Россия.

Цель: Изучить особенности клинического течения при системном AL-амилоидозе с преимущественным поражением сердца.

Материал и методы: в исследование включено 21 пациент с системным AL-амилоидозом с преимущественным поражением сердечно-сосудистой системы. Из 252 обследованных пациентов с ХСН ассоциированной развитием гипертрофического, рестриктивного или дилатационного фенотипов.Возраст пациентов варьировал от 37 до 84 лет. Инструментальное исследование ССС включало ЭхоКГ (М-модальный, двумерный и допплеровский режимы). Оценка диастолической функции производилась при проведении ЭХОКГ с помощью импульсного (PW) и тканевого (TDI) допплера. Диагноз AL-амилоидоз, который был заподозрен клинически и подтвержден иммуноморфологически (при использовании гистологических окрасок гематоксилином и эозином, конго красным, пикрофуксином по ван Гизону, а также поляризационной микроскопии , иммуногистохимических реакций с антителами к и Х , Amyloid A, P-Amyloid, prealbumin (фирмы «DAKO»).

Результаты. Плазмоклеточная дискразия доказана дисбалансом к и Х (1:7). Наиболее тяжелое течение выявлено у 2 пациентов 37 и 40 лет. Продолжительность жизни от момента появления первых симптомов до летального исхода составил 6 и 8 месяцев соответственно. Наиболее доброкачественное течение наблюдалось у 4 больных в возрасте от 70 до 84 лет. Продолжительность жизни от момента появления первых симптомов до летального исхода составило 36 и более месяцев. В 12 случаях ремоделирование сердца соответствовало РКМП, 8 ГКМП и в 1-ом случае (AL-амилоидоз, ассоциированный с миеломой)был выявлен истинный дилатационный фенотип. У 12 пациентов выявлен низковольтажный характер ЭКГ (рис). В 16 случаях ведущим в клинике являлась прогрессирующая застойная сердечная недостаточность. В 5 наблюдениях основным клиническим проявлением были нарушения сердечного ритма и проводимости. Внезапная смерть диагностирована у 11 пациентов, во всех этих случаях причиной внезапной смерти являлась электрическая нестабильность миокарда

Заключение. AL- амилоидоз с поражением сердечно-сосудистой системы составляет в структуре ХСН около 8,3 %. Наиболее тяжелое течение выявлено в возрасте моложе 40 лет. Наиболее доброкачественное течение отмечено в пожилом возрасте. Обнаружена высокая частота внезапной смерти у пациентов с AL-амилоидозом с поражением сердечно-сосудистой системы.



Б-ой А. 40 лет с первичным AL-амилоидозом.

Ритм синусовый, правильный. Низковольтажный тип ЭКГ. Признаки увеличения правого предсердия. Ненарастание амплитуды зубца R в отведении V_1-V_3. Переходная зона в V_4. Изменения реполяризации в отведении V_2-V_6 по типу элевации сегмента ST. Признаки псевдоинфарктных изменений. При коронарографии гемодинамически значимые стенозы коронарных артерий отсутствуют.

ВЫРАЖЕННАЯ ЗАСТОЙНАЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ПРИЗНАКИ ПОЛИНЕЙРОПАТИИИ У ПАЦИЕНТКИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С НАЛИЧИЕМ ДВУХ МУТАЦИЙ В ГЕНЕ ТРАНСТИРЕТИНА

Гудкова А., Семернин Е., Полякова А. Мелиоранская Е., Козленок А., Соловьев К., Шавловский М.
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Цель. Продемонстрировать историю болезни пациентки, 73 лет, с выраженной застойной хронической сердечной недостаточностью.

Результаты. Нервная система. С 2006 года (70 лет) быстрая прогрессия заболевания, сопровождавшаяся появлением онемения в левой кисти и стопе с прогрессией вверх и присоединение в последующем таких же ощущений в правой стопе. Появилась шаткость при ходьбе, поперхивание и дискомфорт при глотании. Появилась и быстро прогрессировала гипотрофия мышц, особенно в дистальных отделах. По данным электромиографии от марта 2009 года признаки грубой полинейропатии, полирадикуломиелонейропатии. В неврологическом статусе полиневропатический синдром с глубоким тетрапарезом преимущественно в дистальных отделах, нарушения поверхностной и глубокой чувствительности преимущественно в дистальных отделах.

Сердечно-сосудистая система. Считает себя больной с 69 лет, когда впервые появились приступы полуобморочных состояний. При обследовании в клинике факультетской терапии развился эпизод полной потери сознания по типу приступа МЭС (транзиторная сино-атриальная (СА) блокада II типа III степени). Больной был поставлен постоянный электрокардиостимулятор (ПЭКС) в режиме AAIR. Ухудшение в течении бивентрикулярной преимущественно правожелудочковой ХСН проявлялось нарастанием одышки, появлением приступов удушья, дискомфорта за грудиной на фоне ортостатических пресинкопальных состояний, увеличением отеков, появлением гидроторакса, асцита, анасарки. Выраженная симметричная гипертрофия ЛЖ. Выраженная концентрическая гипертрофия ЛЖ (ТМЖП 18мм, ТЗСЛЖ - 19мм, КДРЛЖ - 39мм; ИММ* - 220г/м^2; ОТС - 097). Гипертрофия правого желудочка (толщина передней стенки - 0, 97см). Атриомегалия. Нарушение диастолической функции ЛЖ и ПЖ.

Биопсия слизистой щеки: периваздально и по ходу коллагеновых волокон выявляются массы, дающие положительное окрашивание Конго красным и характерное свечение в поляризованном свете. При иммуногистохимическом исследовании с антителами к легким цепям иммуноглобулинов каппа и лямбда получен отрицательный результат.

В нуклеотидных последовательностях четырёх экзонов гена транстиретина в образце ДНК пациентки 73 лет обнаружены мутации гетерозигота V30Met и гомозигота G47Ala.

Выводы. Причиной поражения периферической нервной системы, проводящей системы сердца, рестриктивной кардиомиопатии, осложненной застойной, преимущественно правожелудочковой хронической сердечной недостаточностью, у наблюдаемой нами пациентки, явилось наличие двух мутаций в гене, кодирующего выработку амилоидогенного белка транстиретина.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ТРАНСТИРЕТИНОВОГО АМИЛОИДОЗА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ КАРДИОМИОПАТИЯМИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Гудкова А.Я., Семернин Е.Н., Соловьев К.В., Шавловский М.
Федеральный центр сердца, крови эндокринологии им. В.А. Алмазова,
СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт- Петербург, Россия

Цель: Изучить частоту выявления транстиретинового амилоидоза среди пациентов с различными кардиомиопатиями (КМП) в Санкт-Петербурге.

Материал и методы. Обследовано 152 пациента с различными вариантами кардиомиопатий: гипертрофическая КМП - (87), дилатационная КМП - (36), рестриктивная КМП - (29). Диагноз КМП был установлен в полном соответствии с рекомендациями Комитета экспертов ВОЗ (1995), Американской Коллегии Кардиологов и Европейского Общества кардиологов для пациентов с КМП (ACC/ESC 2006, 2007).

Использовали SSCP- анализ в полиакриламидных гелях разных концентраций и автоматическое секвенирование продуктов амплификации проводили по методу Сэнжера.

Результаты.

У пациентки 73 лет с РКМП (N1) при секвенировании по методу Сэнджера выявлена замена 1679G>A в гетерозиготном состоянии и замена 1731G>C в гомозиготном состоянии . Мутация 1679G>A приводит к замене кодона GTG, кодирующего валин (Val) в положении 30 аминокислотной последовательности транстиретина, на кодон ATG, кодирующий метионин (Met). Мутация 1731G>C приводит к замене кодона GGG, кодирующего глицин (Gly) в положении 47, на кодон GCG, кодирующий аланин (Ala).

У пациента 45 лет с РКМП (N 2) и у его матери выявлена однонуклеотидная замена 3951 в гетерозиготном состоянии. Мутация 3951 приводит к замене кодона С А ^ кодирующего гистидин (His) в положении 90 кДНК, на триплет ААТ, кодирующий аспарагин (Asn). У другого больного с ДКМП в возрасте 57 лет выявлена делеция 9 нуклеатидов в 4-ом экзоне гена ТТР. При обследовании родственников (две дочери и 1 сын) данных мутационных повреждений не обнаружено

Заключение: среди пациентов с различными КМП мутации в гене транстиретина встречаются в 1.97 %

АКТИВНЫЙ ОЧАГОВЫЙ ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫЙ МИОКАРДИТ

Дикарев К.В.[1], Майская М.Ю.[1], Митрофанова Л.Б.[2]

[1]Городское патологоанатомическое бюро,

ФГУ «ФЦ сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург

Гигантоклеточный миокардит - редко встречающееся заболевание, обычно характеризуется малосимптомным клиническим течением с быстрым развитием сердечной недостаточности, приводящим к смерти [Cooper L.T., 2006]. Клиническая картина полиморфна, характеризуется нарушениями сердечного ритма, кардиалгиями, что существенно затрудняет диагностику, требует дифференциального диагноза с различными формами ИБС и кардиомиопатиями. О возбудителях вирусного гигантоклеточного миокардита мало известно.

Целью исследования является демонстрация клинико-морфологического наблюдения этой редкой патологии с анализом клинических данных, результатов вскрытия, гистологического и иммуногистохимического исследования.

За три месяца до смерти у больной 61 года появились слабость, головокружение, перебои в работе сердца, эпизоды потери сознания. В анамнезе - ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь. Был диагностирован синдром Морганьи-Эдемса-Стокса, имплантирован постоянный электрокардиостимулятор. После операции сохранялись слабость, периодические нарушения сердечного ритма, частые эпизоды потери сознания. Была проведена ревизия кардиостимулятора, замена желудочкового электрода, однако, без клинического эффекта. Пациентка экстренно поступила в стационар после очередного эпизода потери сознания. Состояние при поступлении было средней тяжести, отмечались жалобы на слабость, ноющие боли в левой половине живота и грудной клетки, тошноту, рвоту. На ЭКГ был зафиксирован ритм кардиостимулятора. Анализы крови - без значительных отклонений. Резкое ухудшение состояния было отмечено через 3 суток: снизилось артериальное давление, наросла слабость, на ЭКГ - фибрилляция предсердий, полная блокада правой ножки пучка Гиса. В анализах крови - незначительный лейкоцитоз, многократное повышение АЛТ, АСТ, 3-х кратное повышение КФК-МВ. Больная скончалась, как предполагалось в клинике, от острого коронарного синдрома. На вскрытии у пациентки обнаружили гипертрофированное сердце (600 грамм) с дилатацией всех отделов. В коронарных артериях - слабо выраженный атеросклероз. В миокарде передней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки был выявлен плотный очаг неправильной формы белесовато-серого цвета, с переходом на эпикард. При гистологическом исследовании очаг был представлен интерстициальным продуктивным воспалением с многочисленными гигантскими многоядерными клетками. В других внутренних органах - острые расстройства микроциркуляции, в печени - хронический гепатит с минимальной гистологической активностью. Иммуногистохимическое исследование в кардиомиоцитах и гигантских клетках выявило экспрессию антигенов энтеровирусов и вируса гепатита С. Экспрессия антигена вируса гепатита С определялась и в гепатоцитах.

Таким образом, морфологически был диагностирован активный очаговый гигантоклеточный миокардит, иммуногистохимически подтверждена его вирусная этиология. Редкость заболевания и стертость клинической картины затруднили прижизненную диагностику процесса, прогрессивное течение заболевания привело к неэффективности постоянной электрокардиостимуляции.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАРДИОПРОТЕКТИВНЫХ СВОЙСТВ ДИМЕТИЛСУЛЬФОКСИДА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Дмитриев Ю.В., Галагудза М.М., Минасян С.М., Демченко Е.А.
ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия

Введение. Диметилсульфоксид (ДМСО) является органическим соединением, которое нашло широкое применение в качестве растворителя для многих гидрофобных химических веществ, применяющихся в медико-биологических исследованиях, в частности, при исследовании механизмов кардиопротекции. В настоящее время в литературе описаны антиоксидантные, противовоспалительные и антиноцицептивные свойства ДМСО. Учитывая это, большой практический интерес представляет вопрос о том, обладает ли ДМСО собственным кардиопротективным действием.

Цель исследования: исследовать кардиопротективные свойства ДМСО на модели ишемии-реперфузии изолированного сердца крысы.

Материалы и методы. Эксперименты проведены на крысах-самцах линии Wistar массой 200-300 г. Изолированные сердца крыс перфузировали модифицированным раствором Кребса-Хенселейта по Лангендорфу. В ходе экспериментов регистрировали диастолическое (ДЛЖД), систолическое и пульсовое давление (ПЛЖД) в левом желудочке, частоту сердечных сокращений (ЧСС) и коронарный поток (КП). Протокол экспериментов включал 2 группы. В контроле (n=7) выполняли 30 мин. глобальной ишемии и 120 мин. реперфузии. В группе ДМСО (n=7) в течение 10 мин. перед ишемией осуществляли перфузию сердец раствором, содержащим ДМСО в концентрации 32,5 ммоль/л. Размер инфаркта после окончания экспериментов оценивали путем инкубации срезов миокарда в 1% растворе трифенилтетразолия хлорида.

Результаты. Исходные параметры ДЛЖД, ПЛЖД, ЧСС и КП не различались между группами. В ходе реперфузии значения ЧСС и КП также достоверно не отличались между контролем и группой ДМСО. Обращало на себя внимание существенное различие между контролем и группой ДМСО в величине ДЛЖД и ПЛЖД в реперфузионном периоде. В частности, на 90 минуте реперфузии величина ДЛЖД в контроле и в группе ДМСО составила (M±m) 44,05±6,39 и 25,75±2,46 мм рт.ст., соответственно, а величина ПЛЖД - 44,4±7,68 и 57,34±3,23 мм рт.ст., соответственно. Это может свидетельствовать об улучшении функционального состояния левого желудочка под влиянием ДМСО. По данным гистохимического исследования размер инфаркта миокарда не различался между группами и составил в контроле 71,3±3,13%, а в группе ДМСО - 70,7±3,02%.

Выводы. ДМСО в использованной концентрации не вызывал достоверного уменьшения размера инфаркта, хотя в группе с применением ДМСО наблюдалась тенденция к улучшению функционального состояния левого желудочка в постишемическом периоде.

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ MMP-9 И TIMP-1 ПЕРИФЕРИЧЕСКИМИ НЕЙТРОФИЛАМИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ ОРГАНИЗМА К РОДАМ

Дорофеева Н.К., Посисеева Л.В., Сотникова Н.Ю., Анциферова Ю.С.
ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства имени В.Н.Городкова Росмедтехнологии», Иваново, Россия

Одним из условий неосложненного течения родов является готовность организма, отражающаяся в «зрелости» шейки матки и характеризующаяся деградацией ее коллагеновых волокон, что приводит к значительному увеличению модуля растяжения тканей. Показано, что процесс деградации коллагеновых волокон регулируется матриксными металлопротеиназами, которые вырабатываются нейтрофилами, инфильтрирующими ткань шейки матки. Однако, литературные данные о характере продукции этих ферментов периферическими нейтрофилами в процессе «созревания» шейки матки отсутствуют.

В связи с этим **целью нашей работы** было оценить характер экспрессии мРНК MMP - 9 и TIMP - 1 периферическими нейтрофилами женщин с различной степенью «зрелости» шейки матки для уточнения роли нейтрофилов в механизмах подготовки организма к родам.

Нами было обследовано 58 первобеременных первородящих женщин в сроке гестации 38-40 недель с различной степенью «зрелости» шейки матки, определявшейся по шкале Бишопа. Из 58 женщин у 31 была выявлена «незрелая» шейка матки, у 10 - «созревающая» и у 17 - «зрелая». Все обследованные женщины были сопоставимы по среднему возрасту, экстрагенитальной патологии и характеру течения беременности.

Материалом для исследования служила периферическая кровь. Обогащенную популяцию периферических нейтрофилов получали методом скоростного центрифугирования в двойном градиенте плотности фикол-урографина. Тотальную РНК выделяли из нейтрофилов гуанидин-тиоцианат-фенол-хлороформ методом. Экспрессию мРНК MMP-2 и TIMP-2 оценивали методом RT-PCR в масштабе реального времени с использованием амплификатора с оптической насадкой iCycler iQ.

Было установлено, что в процессе подготовки организма к родам у женщин отмечалось увеличение уровня экспрессии мРНК ММР-9 периферическими нейтрофилами. У женщин со «зрелой» шейкой матки экспрессия мРНК ММР-9 была максимальной и более чем в 10 раз превышала аналогичные значения у женщин с «незрелой» шейкой матки. Динамика экспрессии мРНК ингибитора ММР-9 - TIMP-1 была другой и характеризовалась снижением экспрессии гена на начальном этапе «созревания» шейки матки с последующим повышением уровня экспрессии мРНК TIMP-1 непосредственно перед родами. При анализе индекса соотношения ММР-9/Т1МР-1 было выявлено, что соотношение про- и антипротеолитической активности периферических нейтрофилов достоверно повышалось в процессе ремоделирования тканей шейки матки и достигало максимальных значений при полной готовности организма к родам.

Таким образом, локальные процессы деградации коллагеновых волокон в структуре шейки матки ассоциированы с изменениями активности нейтрофилов на системном уровне, в частности с усилением экспрессии нейтрофилами генов протеолитических ферментов.

АССОЦИАЦИЯ УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА В КРОВИ С БЫСТРЫМ РОСТОМ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

Дюжев Ж.А., Фетисова И.Н., Малышкина А.И., Кузьменко Г.Н.
ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова Росмедтехнологии», Иваново, Россия

В последние годы все больше специалистов начинают рассматривать лейомиому матки как заболевание, которое можно лечить консервативно. Тем не менее, ряд причин по-прежнему приводят к необходимости оперативного вмешательства. Одним из основных показаний к операции является быстрый рост миоматозных узлов. Немалую роль в этом процессе может играть сосудистый фактор. Особенности кровоснабжения узлов, а также коагулирующие свойства крови могут способствовать делению клеток, или, наоборот, вызывать деструктивные изменения в тканях. Среди причин нарушения коагулирующих свойств крови в последнее время все большее внимание привлекает гомоцистеин.

Целью настоящей работы было выявление взаимосвязи уровня общего гомоцистеина в сыворотке крови и темпов роста миомы. Всего было обследовано 68 женщин, поступивших в гинекологическую клинику Ивановского НИИ материнства и детства с лейомиомой матки. Все пациентки находились в репродуктивном возрасте, средний возраст в группе составил 40,0±3,2 года. Миома матки была выявлена у всех женщин не ранее 5 лет назад, в течение которых женщины регулярно наблюдались у гинеколога. Диагноз был поставлен на основании клинических и ультразвуковых данных. У каждой пациентки в матке определялось от 1 до 5 узлов интрамуральной или субсерозной локализации. 26 женщин на момент исследования имели миому матки стабильно малых размеров (размер матки до 9 недель беременности) с незначительным ростом узлов за пять лет наблюдения. У 42 пациенток определялся быстрый рост миомы (более 4 недель за последний год). Уровень общего сывороточного гомоцистеина определялся методом иммуноферментного анализа. Исследование производилось до оперативного вмешательства. Средний уровень гомоцистеина у женщин с миомой матки составил 10,0 мкмоль/л, что укладывалось в референсные значения для используемого набора реактивов (95%-ный доверительный интервал для медианы 5,0-12,0 мкмоль/л). Медиана уровня гомоцистеина при миоме стабильных размеров составила 7,8 мкмоль/л. В то же время в группе женщин с быстрорастущей миомой медиана уровня гомоцистеина была 11,3 мкмоль/л. Проведенный тест Манна-Уитни подтвердил достоверность различий в уровне гомоцистеина при стабильно малой и быстрорастущей миоме ($p<0,01$).

Таким образом, была установлена ассоциация между уровнем гомоцистеина и быстрым ростом лейомиомы. Анализ гистологических препаратов, полученных после операции, выявил наличие некротических и воспалительных изменений в 32% случаев. При этом наиболее выраженные изменения встречались у женщин, имевших повышенный уровень гомоцистеина в крови. Можно предположить, что высокий уровень гомоцистеина в крови способствует микротромбообразованию в узлах миомы, что ведет к воспалению и некрозу тканей и дает клиническую картину быстрого роста миомы.

МАСС-СПЕКТРОМЕТРИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ДЛЯ АНЕСТЕЗИИ В КАРДИОЛОГИИ

Елохин В.А.[1], Ершов Т.Д.[1], Кузнецов М.В.[2], Левшанков А.И.[2], Николаев В.И.[1], Елизаров А.Ю.[3]
[1]ЗАО «Научные приборы», Санкт-Петербург, Россия,
[2] Военно-медицинская Академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия,
[3] ФТИ им. А. Ф. Иоффе РАН, Санкт-Петербург, Россия.

Основной задачей анестезиологического обеспечения в кардиологии является получение своевременной информации о реакции организма, связанной с возможным дополнительным повреждением мозга, которое после оперативного вмешательства проявляется в виде различных нарушений жизнедеятельности. Для решения указанной выше задачи требуется, помимо клинического опыта, многокомпонентный мониторинг препаратов, используемых для обеспечения адекватной анестезии.

В работе продемонстрирована возможность мониторинга в режиме реального времени абсолютной концентрации газовой смеси в дыхательном контуре аппарата ингаляционной анестезии при помощи масс-спектрометрического метода измерений. Показана возможность мониторинга при помощи масс-спектрометра внутривенных препаратов в выдыхаемой пациентом газовой смеси во время анестезии. Получены зависимости концентрации анестетика севофлурана от времени соответствующие различным периодам анестезии в режиме «вдох-выдох». Приводятся сравнения масс-спектрометрических и оптических измерений содержания CO2 и ингаляционного анестетика. При помощи масс-спектрометрического метода проведено исследование взаимодействия ингаляционного анестетика севофлурана с поглотителем CO2 (натронная известь) во время низкопоточной анестезии (0.5 л $мин^{-1}$ свежей газовой смеси). Получены результаты измерения содержания севофлурана и одного из наиболее токсичных продуктов разложения севофлурана, $CF=C(CF_3)-O-CH_2F$ (субстанция А) на протяжении всей анестезии в режиме вдох-выдох. Биохимический анализ крови до- и после-анестезии не продемонстрировал связи с нефропатией и функцией интоксикации печени.

В работе продемонстрированы преимущества масс-спектрометрического метода измерений содержания компонентов в газовой смеси в дыхательном контуре аппарата ингаляционной анестезии в сравнении со штатными оптическими датчиками.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ЗАЩИТА ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ОРГАНОВ В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Емельянова Т.В., Кийко О.Г., Подоксенов Ю.К., Шишнева Е.В., Свирко Ю.С., Норкина А.Ю., Шипулин В.М.
НИИ кардиологии СО РАМН, г.Томск, Россия

Цель: изучить влияние интраоперационного гипоксического прекондиционирования (ГП) с помощью гипоксической газовой смеси на частоту возникновения и степень тяжести послеоперационных осложнений у кардиохирургических пациентов после прямой реваскуляризации миокарда и доказать эффективность и безопасность применяемой методики.

Методы исследования: 1 группа (контрольная)— 30 пациентов которые, перенесли операцию АКШ в условиях ИК без применения ГП. 2 группа (основная) - 36 пациентов, перенесших АКШ в условиях ИК, с применением ГП. ГП осуществлялось следующим образом: после начала параллельного ИК и прекращения ИВЛ перед наложением зажима на аорту выполнялся цикл 9-минутной гипоксемии посредством подачи в оксигенатор газовой смеси со сниженным до 21-22% содержанием O2 с последующей 5-минутной реоксигенацией. Примененный метод обеспечивал снижение p_a0_2 пациента до 30-35 мм рт. ст., S_aO_2 до 50-55%, $Ct0_2$а 6-6,5 мл\дл . Уровень лактата не превышал 1,2-1,5 ммоль\л. По данным церебральной оксиметрии (церебральный оксиметр INVOS Somanetics,США) $rS0_2$ снижался до 35-40%. Не допускали снижения данных показателей ниже критического уровня: насыщение гемоглобина артериальной крови кислородом 50%, а соответствующее p_a0_2 в артериальной крови 30 мм рт.ст.

В группах пациентов оценивали характер течения раннего постперфузионого и послеоперационного периодов, характер восстановления сердечной деятельности, дозы и длительность применения инотропных препаратов, продолжительность ИВЛ и время пребывания в ОАР. Исследовали активность КФК, уровень лактата через 20 мин после ИК, через 6 ч, 24 ч и 48 ч после операции. В этих же точках оценивали уровни маркеров повреждения миокарда (КФК-МВ и Тр1), про-и антиоксидативную активность плазмы.

Результаты: у пациентов с применением ГП чаще происходило спонтанное восстановление синусового ритма, у них реже и в меньших дозах требовалась инотропная поддержка. Продолжительность ИВЛ у пациентов с ГП составила 596+187 мин, у пациентов без ГП-668+212 мин. Средняя продолжительность пребывания в ОАР у пациентов с ГП 68+29 ч, у пациентов без ГП-84+32 ч.

Активность КФК-МВ достигала своего максимального уровня через 6 ч после операции в обеих группах пациентов, однако у пациентов с ГП активность КФК-МВ была ниже, хотя достоверной межгрупповой разницы выявлено не было. Максимальное увеличение концентрации Tp1 наблюдали через 16 ч после операции, межгрупповые различия аналогичны. Общая антиоксидантная активность плазмы крови была выше у пациентов группы с применением ГП.

Заключение: ГП-эффективный и безопасный дополнительный фактор защиты миокарда и других жизненно-важных органов от ишемическо-реперфузионных повреждений во время кардиохирургического вмешательства.

КРУГЛОСУТОЧНЫЙ КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ПОСТ ГОРОДСКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА - 10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ В ОРГАНИЗАЦИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Жуков В.А., Бойков А.А., Николаева О.Н., Случек Н.И.
ГУЗ ГССМП, Санкт-Петербург, Россия

Цель: Продемонстрировать целесообразность внедрения на догоспитальном этапе (ДГЭ) системы срочного консультативного содействия медицинским работникам различных учреждений здравоохранения мегаполиса в диагностике, экстренной терапии и тактических действиях при острой цереброваскулярной патологии, и, в первую очередь, при ОНМК.

Методика: Проведен сравнительный анализ статистических данных за 10 лет работы Дистанционного консультативного поста неврологов (ДКПН) при Оперативном отделе ГССМП. Поэтапно - с 2001 по 2010 гг. - оценены и частота обращений в ДКПН по поводу ОНМК, и лечебно-тактических результаты этих консультаций (направление в помощь бригад СМП, показатели уровней госпитализации, реализация современных технологий при оказании помощи при инсульте и пр.)

Результаты: Доказана эффективность срочных телефонных неврологических консультаций на ДГЭ медицинских работников Санкт-Петербурга и для улучшения диагностики инсульта, и для осуществления своевременной и профильной госпитализации больных с ОНМК. Фактически из 25 тысяч инсультов в городе, каждый пятый консультируется врачами первичного звена в ДКПН. В отсутствии в настоящее время других данных Регистра инсульта по Санкт-Петербургу, статистические сведения получаемые ГССМП и ДКПН служат достоверной информацией для планирования или оценки качества оказания этапной помощи больным с острой цереброваскулярной патологией.

Заключение: Опыт работы круглосуточного консультативного поста в системе службы Скорой медицинской помощи особо крупного города (с населением - несколько миллионов человек) показал свою медико-тактическую эффективность и экономическую выгоду.

Организация подобной консультативной службы может быть рекомендована и в других мегаполисах Российской Федерации, имеющих сходные с Санкт-Петербургом медико-социальные проблемы.

РАДИОНУКЛИДНАЯ ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И СТЕПЕНИ МЕХАНИЧЕСКОЙ МИОКАРДИАЛЬНОЙ ДИССИНХРОНИИ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ АРИТМИЯМИ

Завадовский К.В., Ковалев И.А., Чернышев А.А., Саушкин В.В., Лишманов Ю.Б.
ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель. Оценить возможности радионуклидной томовентрикулографии в диагностике аритмогенной дисфункции и диссинхронии миокарда у детей с желудочковыми тахиаритмиями.

Материалы и методы. Обследовано 76 детей с желудочковыми аритмиями в возрасте от 5 до 18 лет (средний возраст 12,7 ± 3,7 лет), из них 15 пациентов до и после процедуры радиочастотной аблации. Контрольная группа включала 13 детей без нарушения ритма сердца. Всем пациентами выполнялось стандартное клинико-инструментальное обследование, включающее радионуклидную томовентрикулографию (РТВГ) с меченными in vivo ^{99т}Тс-пирофосфатом эритроцитами. Исследование осуществлялось на гама-камере Philips-Forte в томографическом ЭКГ-синхронизированном режиме.

Результаты. Совпадение мест расположения участков эктопической активности, зарегистрированных при электрофизиологическом исследовании, и зон асинхронного сокращения миокарда, выявленных в процессе сцинтиграфии, имело место в 83 % случаев. В процессе фазового анализа полученных сцинтиграмм нами было установлено, что у пациентов с двумя и более зонами асинхронии миокарда показатель внутрижелудочковой диссинхронии как левого, так и правого желудочков, был достоверно более высоким, чем в первой группе.

Было установлено, что ударный объем, фракция выброса, максимальной скорости изгнания и наполнения правого желудочка были достоверно снижены во второй группе пациентов, по сравнению с первой. Была выявлена линейная зависимость между снижением контрактильной способности правого желудочка и количеством зон АСМ. Так, коэффициент корреляции числа зон АСМ с УО ПЖ составил (-0,67); с ФВ ПЖ - (¬ 0,78); с МСИ ПЖ - 0,78; с МСН ПЖ - (-0,74); ССН/3 ПЖ - (-0,77). Эти данные свидетельствуют, что диссинхрония правого желудочка отрицательно сказывается на его контрактильной функции.

У детей, которым была проведена радиочастотная аблация (РЧА) очагов аритмогенной активности, отмечалось достоверное уменьшение числа зон асинхронного сокращения миокарда. Кроме того, у них было выявлено значимое улучшение сократительной функции правого желудочка - повышение ударного объема, фракции выброса, максимальной скорости изгнания и наполнения. Выполнение РЧА реализовалось, также, статистически значимым уменьшением показателя внутрижелудочковой диссинхронии.

Заключение: Сцинтиграфическим критерием наличия очага эктопической активности в желудочках сердца следует считать обнаружение зоны асинхронного сокращения миокарда. Равновесная томовентрикулография позволяет не только определить топографию зон эктопической активности, но и оценить выраженность систоло-диастолической дисфункции правого желудочка сердца. Данный метод может быть использован для динамического, неинвазивного наблюдения за пациентами после процедуры радиочастотной аблации.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

Закирова В.Б., Галеева З.М., Балеева Л.В.
ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», Казань, Россия

Цель исследования - изучить ассоциацию полиморфных маркеров генов APOB, LIPC, CYP3A4 с неблагоприятными исходами у больных, перенесших острый коронарный синдром (ОКС).

Методы исследования - клинические методы (анализ анамнестических данных, общеклинические исследования, исследование полиморфизма генов APOB, LIPC, CYP3A4,биохимические анализы крови, ЭКГ, ЭХО-КГ, анализ амбулаторных карт и историй болезни пациентов). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета статистических программ SPSS 14,0.

Результаты исследования. Анализ течения постинфарктного периода проведен у 202 больных. В обследованной группе было 122 (60,4%) мужчин и 80 (39,6%) женщин в возрасте от 33 до 82 лет, средний возраст 60,7 ± 0,74 лет. ИБС в анамнезе у больных с ОКС диагностировалась примерно одинаково часто у женщин и мужчин - 28,3% и 30,7%. Были определены частоты полиморфного маркера C(-516)T гена APOB у 159 больных. Распределение частот генотипов соответствовало равновесию Харди-Вайнберга: CC - 89 (56%), CT - 56 (35,2%), TT - 14 (8,8%). Было проведено сравнение частот аллелей и генотипов полиморфного маркера C(-516)T гена APOB в группах больных, у которых в течение года наблюдения развивались неблагоприятные клинические события, и у больных не имевших неблагоприятных исходов. В группе пациентов с благоприятным исходом достоверно выше была частота генотипа CC полиморфного маркера C(-516)T гена APOB (p = 0,036). Анализ времени дожития до коронарного неблагоприятного события показал, что носители генотипа CC полиморфного маркера C(-516)T гена APOB имели достоверно большее время до развития коронарного события (p = 0,043), чем носители генотипов CT и TT (557,3 ± 41,60 против 383,3 ± 11,73 дней, соответственно). Были определены следующие частоты генотипов маркера Asn215Ser гена LIPC у 189 больных: AsnAsn (27%), AsnSer (46%), SerSer (27%). Выявлено, что в группе больных, перенесших не Q-ИМ было достоверно больше гомозиготных носителей аллеля Ser полиморфного маркера Asn215Ser гена LIPC (p=0,05). Распределение генотипов полиморфного маркера A(-288)G гена CYP3A4 было определено у 173 больных: AG - 5 (2,9%), AA - 18 (10,4%), GG - 150 (86,7%). Носительство генотипа AA полиморфного маркера A(-288)G гена CYP3A4 было ассоциировано с более низкими значениями общего холестерина (ХС) (p = 0,011) в сыворотки крови у больных с перенесенным ОКС. Генотип GG полиморфного маркера A(-288)G гена CYP3A4 достоверно был ассоциирован с высоким риском развития неблагоприятных исходов (p = 0,034).

Выводы: 1) Генотип CC полиморфного маркера C(-516)T гена аполипопротеина B ассоциирован с меньшим риском неблагоприятного исхода у больных ИБС, перенесших ОКС (p=0,036). 2) Носительство генотипов AG и GG полиморфного маркера A(-288)G гена CYP3A4 было ассоциировано с более высокими значениями общего ХС (p = 0,011) в сыворотке крови у больных с перенесенным ОКС. Частота аллеля G достоверно выше у больных с неблагоприятными коронарными клиническими событиями.

ДИНАМИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПУНКЦИОННОМ ЛАЗЕРНОМ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

Зевахин С.В. % Баранцевич Е.Р.[2], Печкуров А.Л.[1] , Федотов Ю.Н.[1]
'ФГУ «СЗОМЦ» Росздрава РФ, Санкт-Петербург, Россия,
[2] ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия.

Целью исследования являлась клиническая оценка эффективности малоинвазивного метода лечения - пункционной поликанальной лазерной декомпрессии диска.

Материалы и методы. Были обследованы 130 пациентов с грыжами дисков поясничного уровня, получивших пункционное лазерное лечение. Все пациенты были обследованы при поступлении, на 7,1±0,3 день, через 6,2±1,2 нед., 6,3±0,8 мес., 12,5±1,3 мес. В возрастной группе 30-59 лет было 95 пациентов (73%). Средний размер грыжевого выпячивания составлял 7,6±1,1 мм.

Результаты. Наилучшая неврологическая динамика отмечена в течение первой недели после лечения по таким показателям как корешковая боль и симптомы натяжения, нарушения статики позвоночника. В течение первой недели восстановление чувствительности и мышечной силы произошло у 36,3% больных. Через 6,2 недель поясничная боль сохранялась у 30,9% больных. Снижение или отсутствие глубоких рефлексов сохранялось у 41,7% и гипестезия у 40,9% пациентов. К сроку 6,2 недель восстановление мышечной силы почти в 2 раза опережает восстановление чувствительных и рефлекторных расстройств. В течение дальнейшего времени наблюдения неврологическая динамика замедляется и в срок после 6 месяцев изменения становятся малозначимыми.

В течение первой недели после пункционного лазерного лечения количество отличных и хороших результатов (сумма уровней 1 и 2 по шкале Nurick) составило 53,1%. Через 6,2 недель после лечения количество хороших и отличных результатов увеличилось до 65,2%. Через 6,3 месяцев до 86,5%. Через 12,5 месяцев сумма хороших и отличных результатов составила 87,7%.

Компьютерно-томографическое исследование на разных сроках наблюдения было проведено у 89 пациентов (68,5%). Во всех случаях во время лазерного воздействия зафиксировано наличие мелких газовых полостей в диске, выхождение их в области разрыва и грыжи диска. Также зафиксировано изменение контуров и общее падение плотности грыжевого выпячивания. В тех случаях, когда падение плотности было выраженным (более 32,4 ед. Хаунсфилда) и размер грыжи уменьшался в 2 и более раз, клинический эффект наступал в течение первых часов после пункционного лазерного лечения.

Выводы. Полученные результаты позволяют сделать вывод о высокой эффективности пункционного лазерного лечения. Основные неврологические улучшения происходят в срок до полугода, при этом максимально интенсивно в срок до 6,2 недель, что следует учитывать врачу неврологу при назначении дополнительного лечения и проведении реабилитационных мероприятий.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ШКАЛ И ОПРОСНИКОВ ПРИ ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПУНКЦИОННОГО ЛАЗЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ДИСКА

Зевахин С.В. 1, Баранцевич Е.Р.[2], Печкуров А.Л. 1 , Федотов Ю.Н. 1
'ФГУ «СЗОМЦ» Росздрава РФ, Санкт-Петербург, Россия,
[2] ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия.

Целью работы было определение схемы использования шкал и опросников для оценки эффективности пункционного лазерного лечения.

Материалы и методы. Обследовано 130 пациентов с грыжами дисков поясничного уровня, получивших пункционное лазерное лечение. Использовали стандартный нейроортопедический осмотр с оценкой результатов лечения по шкале Nurick. Применяли визульно-аналоговую шкалу, опросники Роланда-Морриса и Освестри для оценки нарушений жизнедеятельности. Обследование проведено до лечения, через 7,1±0,3 дней, через 3,1±0,2 и 6,2±1,2 нед., 6,3±0,8 мес., 12,5±1,3 мес.

Результаты. При поступлении у всех пациентов средний исходный уровень боли по визуально-аналоговой шкале в поясничном отделе - 6,4±0,8 баллов и корешковой боли в ноге - 6,1±0,6 балла. Через 1 неделю после лечения произошло уменьшение до 4,6±0,7 - выраженной (4-6 балла) боли в пояснице и 2,8±0,6 - умеренно выраженной (2-4 балла) в ноге. Через 6 недель снижение до 2,2±0,5 - умеренные поясничные боли и 1,2±0, 4 - слабовыраженная боль в ноге. Анализ значений показывает наиболее выраженное уменьшение боли через 1 неделю, плавное снижение до 6 недель, дальнейшее снижение и стабилизацию показателей через полгода после лечения.

Исходное среднее количество отмеченных утверждений по опроснику Роланда-Морриса составило 11,6±0,5. Через 3 недели их число уменьшилось до 6,4±1,1 (относительное улучшение 44,8±0,6%). Через 6,2±1,2

нед.-5,4±1,3, что соответствует показателям умеренно выраженного влияния болей на нарушение жизнедеятельности. Таким образом, опросник Роланда-Морриса подтверждает данные о значительном улучшении через 6,2±1,2 недель после лечения.

Исходное значение индекса Освестри составило 56,3±4,1%, что соответствует градации тяжелых нарушений жизнедеятельности. Через 6,2±1,2 недель значения индекса составили 20,8±1,3% (относительное снижение на 63,1±1,9%). К 6,3±0,8 мес. произошло уверенное снижение до значений легких нарушений жизнедеятельности-10,7±3,8% (относительное снижение на 50,5±1,9%) и стабилизация-7,8±0,8% через 12,5±1,3 мес. Таким образом, индекс Освестри отражает выраженное уменьшение нарушений жизнедеятельности через 6,2±1,2 нед. и стабилизацию показателей через 6,3±0,8 мес. Клинические изменения, оцененные по шкале Nurick кореллировали с данными, полученными при обработке опросников и шкал.

Заключение. Для оценки результатов пункционного лечения, реабилитации и дополнительного лечения вместе с неврологическим осмотром рекомендуется использование визуально-аналоговой шкалы при каждом осмотре, опросника Роланда-Морриса на сроке 3 и 6 недель, опросника Освестри на сроках 6 недель, 6 месяцев, 1 год.

ФИЗИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПУНКЦИОННОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖИ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА

Зевахин С.В. % Баранцевич Е.Р.[2], Печкуров А.Л.[1], Федотов Ю.Н.[1]
'ФГУ «СЗОМЦ» Росздрава РФ, Санкт-Петербург, Россия,
[2] ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия.

Целью настоящего исследования было изучение физических процессов, происходящих при пункционном лазерном лечении диска.

Материалы и методы. Проведено экспериментальное исследование физических процессов in vitro на 16 препаратах трупных позвонков поясничного уровня с дисками. Для воздействия использовали лазерный скальпель на длине волны Х-970 нм, мощность 3 Вт, общее время 5 минут, физиологический раствор, специальный набор инструментов для пункции диска. Регистрация, усиление, анализ сигналов проводилась с использованием комплекса приборов.

Результаты. Лазерное воздействие мощностью 3 Вт с длиной волны 970 приводит к генерации в диске двух типов акустических сигналов - низкочастотных колебаний с частотой ~ 1 - 10 Гц и колебаний ударного типа с частотой порядка 100 Гц.

Причиной появления акустических эффектов при лазерном воздействии в диске является взрывное кипение физиологического раствора, который вводят в канал воздействия и горение в нем коллагенсодержащей хрящевой ткани диска, которая наполняется парогазовыми пузырьками. Это происходит в результате контакта разогретого до высоких температур (700 - 1000°С) торца лазерного оптоволокна с водой и водосодержащей тканью диска, т.к. длина волны 970 нм имеет локальный пик поглощения в водной среде. Экзотермическая реакция горения коллагена, является дополнительным источником энергии. Высокое стационарное давление, возникает в результате появления в зоне действия лазера многочисленных парогазовых пузырьков, и является источником мощных низкочастотных колебаний с частотой ~ 4 Гц и амплитудой $5Т0^{3}$ - 10^{4} Па и более, за счёт периодического сброса давления при выходе парогазовой смеси из зоны лазерного канала. Грыжа диска имеет акустическую модель резонатора Гельмгольца, при этом горлом резонатора и местом воздействия, где происходит самое интенсивное движение газо-паровой смеси является разрыв фиброзного кольца диска и ткань грыжевого выпячивания. Расчеты показали, что собственные частоты такого резонатора Гельмгольца располагаются именно в области ~ 100 Гц. Сочетание мощных низко- и высокочастотных колебаний ударного типа приводит к интенсивному перемещению и перемешиванию сложного газо-паро-коллагенового композита в пространстве дефекта фиброзного кольца. Это приводит к быстрому и значительному падению плотности грыжи и уменьшению корешковой компрессии.

Заключение. При лазерной декомпрессии диска не образуется резервная полость, куда перемещается грыжа, а развиваются акустогидродинамические процессы, приводящие к значительному падению плотности грыжи и декомпрессии корешка. В дальнейшем происходит резорбция измененной ткани грыжи или замещение ее рыхлой фиброзно-соединительной тканью низкой плотности.

ЗНАЧЕНИЕ НАДЖЕЛУДОЧКОВЫХ ТАХИАРИТМИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ КАРДИОВЕРТЕРАМИ-ДЕФИБРИЛЛЯТОРАМИ

Зинин М.И., Гизатулина Т.П., Хомутинин Д.Н., Казанцева А.С., Авдеева Е.А., Ленцик Ю.Р.
ГЛПУ «Тюменская областная клиническая больница», г. Тюмень, Россия

Цель работы: изучить роль наджелудочковых тахиаритмий (НЖТ) у пациентов с имплантированными кардиовертерами-дефибрилляторами (ИКД).

Материалы и методы: С 2005г. в Тюменской областной клинической больнице выполнено 33 имплантации ИКД больным в возрасте от 18 до 73 лет (средний возраст - 61±11.2) с целью вторичной профилактики внезапной сердечной смерти, в том числе 25 - с ИБС, перенесенным инфарктом миокарда, 1 - с синдромом Бругада, 2 - с идиопатической устойчивой желудочковой тахикардией (ЖТ), 1 - после коррекции тетрады Фалло, 1 - с аритмогенной дисплазией правого желудочка. Из 33 случаев имплантации в 4-х случаях имела место вторичная имплантация в связи с истощением источника питания, у 29 - первичная имплантация. В 27 случаях имплантированы ИКД и в 6 случаях - CRT-D устройства. Срок наблюдения составил от 1 до 52 месяцев (в среднем - 25,5).

Результаты: В настоящее время в исследовании 30 больных. За время наблюдения умерло 3 пациента, из них у 2-х имелась фибрилляция предсердий (ФП): в 1 случае - пароксизмальная форма и в 1 - постоянная ФП. Причинами смерти явились: в 1 случае - прогрессирование хронической сердечной недостаточности, в 1 - непрерывно-рецидивирующая ЖТ, в 1 - повторный инфаркт миокарда. НЖТ до имплантации ИКД имелись у 11 пациентов (33%), зарегистрированы НЖТ, в том числе ФП - у 7, трепетание предсердий (ТП) и ФП - у 3, ортодромная тахикардия - у 1. После имплантации ИКД впервые НЖТ зарегистрированы еще у 4 пациентов: у 1 - ФП, у 3-х - ТП. Таким образом, на момент исследования НЖТ имелись у 15 пациентов, что составило 45%. Срабатывания ИКД за время наблюдения зарегистрированы у 15 пациентов (45%): у 10 были только мотивированные срабатывания, у 4-х - наряду с мотивированными, отмечались также немотивированные срабатывания и у 1 пациента с ортодромной тахикардией - только немотивированные срабатывания. Из пациентов с только мотивированными срабатываниями НЖТ имели 5 человек; причем у 3-х отмечалась трансформация НЖТ в ЖТ. Для устранения НЖТ двум из них (это были пациенты с QIT-D устройствами) выполнена РЧ-деструкция АВ-узла, после чего срабатываний ИКД по поводу ЖТ не было. Из 5 пациентов с немотивированными срабатываниями в 4-х случаях причиной немотивированных срабатываний явились НЖТ, всем пациентам выполнена РЧА: в 1 - по поводу ортодромной тахикардии (РЧА п. Кента), в 3-х случаях - ТП I типа (РЧА каво-трикуспидального перешейка). В 2-х случаях причиной немотивированных срабатываний явились проблемы с желудочковым электродом.

Заключение: Наличие НЖТ у больных с имплантированными ИКД может привести к учащению мотивированных срабатываний ИКД за счет трансформации НЖТ в ЖТ, а также может быть причиной немотивированных срабатываний. Наиболее эффективным методом устранения НЖТ у данных пациентов является радиочастотная аблация аритмогенного субстрата, которую в ряде случаев целесообразно проводить до имплантации ИКД.

СЕРДЕЧНАЯ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Зубарев Е.И., Лебедева В.К., Лебедев Д.С., Трукшина М.А.
ФГУ Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

Цель работы: оценить эффективность ресинхронизирующей терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий.

Материалы и методы: Выполнен ретроспективный анализ клинического течения заболевания и эхокардиографических показателей ответа на ресинхронизирующую терапию у больных с фибрилляцией предсердий в сравнении с пациентами с синусовым ритмом со сроком наблюдения более 6 месяцев после имплантации. В исследование включено 125 больных, прооперированных с 2006 по 2010 годы в ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова. Соотношение пациентов: 70 пациентов на синусовом ритме, 49 - с постоянной формой фибрилляции предсердий и 6 - с пароксизмальной ФП. У 57 больных была ишемическая кардиомиопатия, у 20 - ДКМП и в 11 случаях - кардиопатия миокардитического генеза. 7 пациентам с фибрилляцией предсердий была выполнена радиочастотная катетерная аблация АВ соединения в различные сроки после имплантации в связи с невозможностью медикаментозного контроля частоты ритма.

Результаты: Среди больных с фибрилляцией предсердий 47 пациентов (86%) расценены как респондеры, 8 больных (14%) не ответили на ресинхронизирующую терапию. Среди респондеров отмечались «полные» (47%) - пациенты, у которых клиническое улучшение коррелировало с эхокардиографическими показателями,

и «неполные» (39%) - те, у которых отмечался диссонанс клинических и эхокардиографических критериев. Отмечалась сходная тенденция среди пациентов как с синусовым ритмом, так и с ФП, в отношении увеличения ФВ (в среднем на 32% для больных с синусовым ритмом и на 23 % для больных с ФП), уменьшения функционального класса NYHA (в среднем с 2,5 до 2,1 у больных с синусовым ритмом и с 2,8 до 2 у больных с ФП). КСДЛЖ и КДДЛЖ уменьшились в среднем на 18% и 10% соответственно для больных с синусовым ритмом и на 13% и 20% для больных с ФП. В значительной степени уменьшение КДОЛЖ и КСОЛЖ отмечалось у больных с ФП: 38% и 11% соответственно, по сравнению с показателями на синусовом ритме 7% и 18%. Среди гемодинамических респондеров у 7 пациентов сохранялась межжелудочковая диссинхрония, у 2 - внутрижелудочковая. Пациенты с ФП после выполнения радиочастотной катетерной аблации АВ соединения показали значимый прирост ФВ (от 19 до 28%) и уменьшение размеров ЛЖ. При суточном мониторировании, проведенном до процедуры аблации АВ соединения, было выявлено, что процент бивентрикулярной стимуляции в этой группе составлял лишь 62±15%.

Выводы: Эффективность кардиоресинхронизирующей терапии у больных с синусовым ритмом и с фибрилляцией предсердий одинакова. При низком проценте бивентрикулярной стимуляции РЧ аблация АВ соединения позволяет значительно улучшить ответ на терапию. Холтеровское мониторирование ЭКГ на фоне оптимальной медикаментозной терапии позволяет получить информацию об истинном проценте бивентрикулярной стимуляции и определить показания к РЧА АВС.

ВНЕЗАПНАЯ КОРОНАРНАЯ СМЕРТЬ ПО ДАННЫМ «РЕГИСТРА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА» В Г. ТОМСКЕ

Зяблов Ю.И., Округин С.А., Гарганеева А.А., Базилевич И.А., Борель К.Н.
НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: Проанализировать случаи внезапной смерти (ВС) от острых коронарных катастроф (ОКК), включая острый инфаркт миокарда (ОИМ) и острую коронарную недостаточность (ОКН), зарегистрированных в Томске за период 1999-2008 гг.

Материал и методы: Исследование проводилось на базе эпидемиологической программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда», которая действует в городе с 1984 года, используя, при этом, соответствующие диагностические критерии. Эпидемиология инфаркта изучалась среди постоянного населения города старше 20 лет. За 10 лет зарегистрировано 9880 случаев ОКК. В остром периоде заболевания погибло 3626 (36,7 %) больных, из них 2451 (67,6 %) - на догоспитальном этапе (ДЭ). Из числа эпизодов смерти больных на ДЭ 1342 (54,8 %) случая расценены как ВС от ОКК (внезапной считалась смерть, наступившая в первые 6 часов с момента появления симптомов заболевания). Случаи ВС в стационаре отдельно не анализировались в силу крайне незначительного количества таковых.

Результаты исследования: За период исследования удельный вес случаев ВС в структуре эпизодов гибели больных на ДЭ практически не менялся, составляя не менее 52-54 %. Показатель догоспитальной летальности за 10 лет составил в среднем 24,8 % от общего числа зарегистрированных больных. Летальность от ВС (в общей структуре умерших) так же осталась неизменной - 13,6 % соответственно. Возрастно-половая структура ВС от ОКК полностью повторяет особенности, характерные для догоспитальной летальности, которые хорошо известны. В течение всего срока исследования среди погибших внезапно, преобладали мужчины, составляя не менее 63-71 % от общего числа умерших. В возрастном составе у мужчин преобладали больные моложе 60 лет (54,5 - 56 %), у женщин - старше 60 лет (67,8 - 68,4 %). Показатель летальности от ВС от ОКК был достоверно выше у мужчин и у больных моложе 60 лет - 19,5 % и 11, 8 % ($P< 0,05$) и 18,7 % и 9,9 % ($P< 0,05$) от общего числа зарегистрированных больных соответствующего пола и возраста. Среди непосредственных причин ВС в течение всего срока исследования преобладала ОКН (в среднем 69 %). Однако за 10 лет доля ОИМ, как причины ВС, выросла, более чем в два раза - с 14,9 % до 37,8 % ($P< 0,05$), причем, одновременно увеличилось число случаев разрыва миокарда (с 8 % до 15 %).

Заключение: Таким образом, за десятилетний период наблюдения случаи ВС от ОКК в Томске регистрировались преимущественно на ДЭ, составляя более половины всех эпизодов гибели больных на данном этапе. В возрастно-половом аспекте для ВС оказались характерными те же особенности, что и для догоспитальной летальности от ОКК в целом. Обращает внимание тот факт, что на ДЭ от ВС в основном погибали мужчины моложе 60 лет. Отмеченный рост числа случаев ВС от ОИМ на ДЭ косвенно указывает на неблагополучную ситуацию в плане диспансерного наблюдения и лечения больных ИБС на амбулаторном этапе.

ВЛИЯНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СОСУДИСТОЙ ЖЕСТКОСТИ И ЦЕНТРАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Иваненко В.В., Колесова Е.П., Ротарь О.П., Конради А.О.
Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова, Санкт- Петербург

Цель исследования. Целью настоящего исследования было оценить изменение показателей центрального давления и сосудистой жесткости у лиц с артериальной гипертензией (АГ) на фоне проводимой антигипертензивной терапии в зависимости от ее характера.

Методы исследования. Набор пациентов для участия в исследовании осуществлен среди относительно здоровых при скрининговых осмотрах работников банковской сферы. Все обследованные не получали медикаментозной терапии и не имели в анамнезе сердечно-сосудистых катастроф, клинических проявлений ИБС, сердечной недостаточности, сахарного диабета, нарушений ритма. Обследование включало анкетирование на предмет образа жизни, определение антропометрических параметров (индекс массы тела (ИМТ) по Кетле, окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ). АД измерялось три раза с интервалом 2 минуты в положении сидя после 5 минут покоя по стандартной методике. ЧСС регистрировалась за 30 секунд по частоте пульса.

Показатели центрального давления (Ао) определялись на приборе SphygmoCor с помощью системы SphygmoCor Px (Австралия), методом аппланационной тонометрии. Индекс аугментации (ИА) рассчитывался по форме центральной пульсовой волны и корректировался по ЧСС. Скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) на участке сонная артерия - бедренная артерия измерялась сфигмографическим методом на приборе SphygmoCor PWX. Длина участка проведения пульсовой волны измерялась сантиметровой лентой, пульсовая волна регистрировалась также пьезоэлектрическим датчиком.

Результаты. Обследовано 115 человек (90 женщин и 25 мужчин) в возрасте от 22 до 60 лет, средний возраст составил 45,2±10,2 лет. 58 пациентов имело АГ (52%), 40 человек курили (35%), средний стаж курения составлял 10±2 лет.

В зависимости от наличия АГ пациенты были разделены на группы. 1 и 2 группы пациентов с повышением АД получали антигипертензивную терапии. Пациентам 1 гр (40 человек) в качестве монотерапии были назначены блокаторы ренин-ангитензиновой системы (эналаприл или лозартан), при недостижении целевого уровня АД добавлялись тиазидные диуретики- гипотиазид, 2 группе (18 человек) - в качестве антигипертензивной терапии были назначены бета- блокаторы - бисопролол (с добавлением при необходимости тиазидных диуретиков гипотиазида). 3 группу (57 человек) составили условно здоровые лица с факторами риска ССЗ. Определение показателей сосудистой жесткости проводилось исходно и через 3 месяца на фоне принимаемой терапии.

У пациентов 1-й группы (принимавших ИАПФ или АРА) отмечалось достоверное снижение показателей периферического АД (САД- 133,7±14,2, ДАД- 83,2±7,9, ПД50,4±8,9 мм рт. ст, $p<0,02$). Во 2-й группе пациентов (принимавших бета- блокаторы) показатели периферического АД снижались незначительно (САД- 135,2±14,7, ДАД- 83,5±8,2, ПД- 51,7±10,2 мм рт. ст., $p<0,04$). Также отмечалось недостоверное снижение ЧСС в обеих группах.

Отмечалось достоверное снижение САД в Ао в обеих группах на фоне проводимой терапии (в группе 1 до 125,0±15,5, в группе 2 до 125,6±15,6 мм рт. ст., $p<0,04$), ДАД в аорте изменялось незначительно в обеих группах, соответственно отмечалось снижение и ПД в Ао.

В группе пациентов, получавших терапию ИАПФ и или АРА наблюдалось достоверное снижение СРПВ (в 1 группе с 7,8±1,8 м/с до 6,8±1,0 м/с ($p<0,05$), во 2 группе - с 6,8±1,5 до 6,5±0,9 м/с (НД).

Исходно ИА в 1 группе составил 29,8±13,0, во 2 группе - 22,3±14,5%, через 3 месяца на фоне терапии у пациентов получавших ИАПФ/АРА снизился до 21,9±14,8 (на 7,9%, $p<0,05$), во 2 группе на терапии бета-блокаторами произошло повышение ИА на 5,8% ($p<0,05$).

Выводы. Терапия блокаторами ренин-ангиотензивной системы сопровождается на фоне снижения АД у плечевой артерии улучшением показателей жесткости сосудистой стенки. Напротив, на фоне терапии бета-блокаторами не происходит уменьшения СРПВ и наблюдается повышение индекса аугментации, что может приводить к недостаточному снижению АД в аорте.

ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ ИМПЛАНТАЦИЕЙ КАРДИОВЕРТЕРОВ - ДЕФИБРИЛЛЯТОРОВ У ДЕТЕЙ

Иваницкий Э.А., Сакович В.А., Заманов Д.А., Кропоткин Е.Б., Антонов С.И., Царегородцев А.П., Фёдоров А.В., Пристромова Л.В., Касимцева Т.А., Иваницкая Ю.В., Пынько Н.П.
ФГБУ «Федеральный центр сердечно - сосудистой хирургии», г. Красноярск.

Цель исследования: анализ проблем ИКД терапии у детей на основании собственного опыта.

Методы: в исследуемую группу включены 4 детей в возрасте от 5 до 13 лет, которым были имплантированы кардиовертеры - дефибрилляторы. Двоим детям имплантация ИКД проведена для вторичной, двоим для первичной профилактики внезапной сердечной смерти (ВСС). Нозология фатальных желудочковых тахикардий (ЖТ) была следующая: 1. корригированная триада Фалло. 2. синдром удлинённого интервала С)Т,в сочетании с синдромом слабости синусового узла. 3. синдром Бругада. 4. Дилатационная кардиомиопатия. Двоим детям ИКД имплантирован в эндокардиальную позицию, одному в эпикардиальную позицию, одному ребёнку проведена эпикардиальная имплантация стимуляционного электрода и подкожная имплантация шоковой спирали.

Результаты: проблемы с детекцией, немотивированными и неэффективными шоками имелись у ребёнка с имплантированными в эндокардиальную позицию электродами, вызванными нарушением изоляции предсердного электрода и дальнейшим ростом порога дефибрилляции шокового желудочкового электрода. Ситуация потребовала полной замены системы с использованием лазерного экстрактора. Проблем с детекцией и терапией ИКД у детей с имплантированными в эпикардиальную позицию электродами не было.

Заключение: анализ собственного сопоставим с опытом зарубежных клиник и указывает на предпочтение эпикардиальной имплантации электродов у детей. Возможно сочетание эндокардиальной, эпикардиальной и подкожной имплантации электродов до достижения возраста окончания роста, с дальнейшей заменой системы на традиционную.

ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИМПЛАНТИРУЕМОГО ПРИБОРА

Иваницкий Э.А., Сакович В.А., Заманов Д.А., Кропоткин Е.Б., Антонов С.И., Царегородцев А.П., Фёдоров А.В., Пристромова Л.В., Касимцева Т.А., Иваницкая Ю.В., Пынько Н.П.
ФГБУ «Федеральный центр сердечно - сосудистой хирургии», г. Красноярск.

Цель исследования: оценить выживаемость пациентов с дилатационной кардиомиопатией при проведении кардиоресинхронизирующей терапии (КРТ) и сочетанной КРТ и ИКД терапии.

Методы: в исследование включены 58 пациентов с неишемической (n-39) и ишемической (n-19) дилатационной кардиомиопатией, которым были имплантированы кардиоресинхронизирующие электрокардиостимуляторы (CRT-P)(n-52) и кардиовертеры - дефибрилляторы (CRT-D)(n-5), одному пациенту был имплантирован ЭКС CRT-P и через год на контрлатеральную сторону грудной клетки однокамерный кардиовертер-дефибриллятор после эпизода гемодинамически значимой желудочковой тахикардии. Сердечную недостаточность 3 ф.кл по NYHA имели 49 пациентов с CRT-P и все пациенты с CRT-D. 4 ф.кл. сердечной недостаточности на момент имплантации CRT-P имели 3 пациента. Желудочковая тахикардия или фибрилляция желудочков была зафиксирована до имплантации у 6 пациентов, по 3 из каждой группы, частая желудочковая экстрасистолия присутствовала у 10 пациентов, которым были имплантированы CRT-P. Сроки наблюдения составляют от 12 до 88 месяцев у пациентов с CRT-P, и от 6 до 48 месяцев у пациентов с имплантированными CRT-D. Все пациенты с ишемической кардиомиопатией были подвергнуты хирургической или интервенционной реваскуляризации. Всем пациентам была назначена антиаритмическая фармакотерапия.

Результаты: внезапная сердечная смерть (ВСС) в сроках до 1 года после имплантации CRT-P наступила у 18 пациентов (34,6%), плановая замена имплантированных приборов проведена 3, 2 пациентам проведена трансплантация сердца. ВСС у пациентов с CRT-D не было.

Заключение: кардиоресинхронизирующая терапия сердечной недостаточности при имплантации CRT-P малоэффективна для профилактики ВСС.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАННЕЙ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ МЕТАЛИЗЕ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Иванов В.В., Ельчинская Л.Э., Бойков А.А., Фроленкова И.А., Трофимов В.Ю.
Санкт-Петербургская городская станция медицинской помощи, кафедра неотложной медицины СПб МАПО

Цель исследования: Оценить терапевтическую эффективность и экономическую целесообразность ранней системной тромболитической терапии (СТЛТ) препаратом Метализе при остром инфаркте миокарда на догоспитальном этапе.

Методы исследования: В исследование включены 102 пациента от 26 до 80 лет (средний возраст 50,2 года), получивших в раннем периоде инфаркта миокарда (от 30 до 180 мин от начала ангинозного приступа) СТЛТ препаратом Метализе на догоспитальном этапе. Степень ОСН по Killip варьировала от 1 до 4. Все пациенты получили сопроводительную терапию в соответствии с национальным протоколом терапии ОИМ на догоспитальном этапе. Все пациенты были госпитализированы в кардиореанимационные отделения центров интервенционной кардиологии Санкт-Петербурга. Эффективность СТЛТ оценивалась по степени регрессии элевации сегмента ST (в % от исходной) на стандартной ЭКГ в 12 отведениях через 60 и 90 минут после введения препарата Метализе. Эффективному восстановлению коронарного кровотока соответствовала регрессия элевации сегмента ST от 50% и выше. Косвенным признаком успешности реканализации коронарной артерии служило появление так называемых реперфузионных аритмий.

Результаты исследований: В нашем исследовании успешной реперфузии удалось достичь у 63% пациентов, у 24% степень регрессии элевации сегмента ST была выше 90%. Проведение ранней СТЛТ в 2 наблюдениях способствовало купированию ОСН 4 по Killip. В 1 наблюдении после проведения ранней СТЛТ купирована атриовентрикулярная блокада 3 ст. без дополнительной специфической терапии, что тоже отнесено нами к косвенным маркерам успешной реперфузии. У части больных (6%) отмечено рецидивирование и усиление болевого синдрома, что не влияло на успешность реперфузии. При коронарографическом контроле в ранние (до 6 часов) сроки после госпитализации пациентов оценка эффективности ранней СТЛТ препаратом Метализе соответствовала полученным по ЭКГ-оценке данным.

Частота реперфузионных аритмий была заметно меньше случаев успешной реперфузии (32%). Жизненно опасные реперфузионные аритмии (фибрилляция желудочков, желудочковая тахикардия, синоатриальная блокада 3 ст.) были редки, составили 6, 2% и, как правило, легко купировались стандартными способами.

Следует также отметить, что в анамнезе у пациентов, получивших в ранние сроки после госпитализации чрезкожное вмешательство в сочетании с предшествующей догоспитальной СТЛТ количество повторных ишемических эпизодов заметно меньше (5,2% против 24,5%).

Заключение: Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности ранней СТЛТ препаратом Метализе при остром инфаркте миокарда на догоспитальном этапе, позволяют рекомендовать раннюю СТЛТ к внедрению в рутинную практику оказания экстренной помощи в ранние сроки ОИМ.

ПРИЗНАКИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ПОДРОСТКОВ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Иванова И.Л., Кильдиярова Р.Р., Баранцевич Е.Р.
ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ», г. Ижевск,
Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург.

По данным современной литературы в настоящее время постоянно увеличивается частота вертеброгенных заболеваний нервной системы (ВЗНС) у подростков. Однако вне поля зрения неврологов зачастую остаются вопросы функционального состояния соединительной ткани, хотя в многочисленных исследованиях, посвященных патологии соединительной ткани, прямо указывается на патологию позвоночника.

Целью работы явилось выявление частоты признаков дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у подростков с ВЗНС для разработки лечебно-профилактических мероприятий.

Обследовано 97 пациентов с ВЗНС в возрасте от 14 до 20 лет, из них 80 юношей и 17 девушек. Клиническое обследование включало уточнение раннего детского анамнеза, неврологический и вертеброневрологический анализ, рентгенологическое обследование, проведение эхокардиоскопии. Все исследования проведены при наличии информированного согласия пациентов в соответствии с международными требованиями ВОЗ. Статистическая обработка полученных данных включала корреляционный анализ.

При внешнем осмотре больных часто выявлялись внешние признаки ДСТ. Так, из костных внешних фенов наиболее часто встречались сколиоз позвоночника, усиленный кифоз в грудном отделе или «прямая» спина и арковидное небо. У 42 (43,3%) пациентов выявлены мышечные признаки ДСТ в виде мышечной гипотонии и/или гипотрофии, у 20 (20,6%) - кожные внешние признаки ДСТ в виде тонкой, легко ранимой кожи и/или атрофических юношеских стрий. У части обследованных встречались и глазные признаки ДСТ в виде эпиканта, миопии чаще легкой или средней степени тяжести. При проведении эхокардиоскопии у 37 (38,1%) больных выявлены признаки пролапса митрального клапана 1 степени, а у 22 (22,7%) - другие малые аномалии сердца в виде пролапса трикуспидального и/или аортального клапанов и ложные хорды левого желудочка. Кроме того, у 76 (78,4%) пациентов наблюдались признаки малых аномалий развития в виде депигментации кожи, изменения формы ушей, сандалевидной щели стоп и др.

На спондилограммах у всех обследованных выявлены признаки остеохондроза шейного, грудного и/или поясничного отделов позвоночника. У 20 (20,6%) пациентов определялась аномалия Киммерле, у 13 (13,4%) - незаращение дужек позвонков, у 40 (41,2%) - клиновидная деформация тел позвонков, не связанная с травмой позвоночника.

При проведении корреляционного анализа установлены сильные связи между частотой мышечных фенов ДСТ и степенью выраженности клинических проявлений ВЗНС, частотой мышечных и суставных внешних фенов, частотой малых аномалий развития и суставными признаками ДСТ.

Таким образом, по нашему мнению при разработке лечебно-профилактических мероприятий у подростков с ВЗНС следует учитывать наличие признаков ДСТ.

РАННИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГИПЕРТЕНЗИИ БЕРЕМЕННЫХ

Каштальян О.А.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Артериальная гипертензия (АГ) в настоящее время является одной из наиболее распространенных форм патологии у беременных. Среди беременных с АГ гестационная АГ и преэклампсия/эклампсия (гестоз, МКБ-10: вызванная беременностью гипертензия) выявляется у 70% пациенток.

Цель исследования: выявить прогностическую значимость показателей почечной, системной гемодинамики, вариабельности ритма сердца матери в ранней диагностике гестоза.

Материалы и методы. Проведено клинико-иммунологическое обследование 43 соматически здоровых, нормотензивных женщин в 10-12 и 28-30 недель беременности (I и начале III триместров). Ретроспективно, с учетом течения беременности, сформированы подгруппы сравнимые по возрасту, срокам гестации: первая (n=15) - беременные с выявленным впоследствии гестозом, вторая (n=13) - физиологическая беременность, третья (n=15) - беременные с появившимися после обследования клиническими признаками вирусных заболеваний (респираторной системы, рецидивирующего герпеса). Выполнены по стандартным методикам ультразвуковое исследование (УЗИ) артериального почечного кровотока, эхокардиография (ЭхоКГ), холтеровское мониторирование (ХМ). Статистическая обработка (Statistica 7,0.) с использованием непараметрических методов. Результаты представлены в виде цифр: 25%-Med-75%.

Результаты и обсуждение. Течение осложненной гестозом беременности характеризовалось более низкими показателями скоростей кровотока в исследуемых почечных артериях. Максимальные (max), минимальные (min) значения систолодиастолического отношения (S/D) в основном стволе почечных артерий составили 3,19-2,98 и 3,31-3,12, в сегментарных артериях 3,09-2,79 и 3,27-2,99, соответственно в I и III триместрах беременности. В I триместре S/D было достоверно выше (p=0,001) и превышало нормальные значения 1,8-3,0 в основном стволе почечных (правой: 3,10-3,02-3,13 и 2,80-2,75-2,91; левой: 3,09-3,0-3,12 и 2,82-2,76-2,91, p=0,001), сегментарных (правая: 2,99-2,89-3,07 и 2,75-2,68-2,77; левая: 2,99-2,91-3,07 и 2,75-2,68¬ 2,76) артериях в сравнении с физиологической беременностью, соответственно. В I триместре диагностическая чувствительность (ДЧ) метода - 93% (ДИ 78-99%), специфичность (ДС) -100% (ДИ 88-100%), индекс точности 97,7 % (ДИ 86-100%).

В III триместре осложненной гестозом беременности сердечный индекс (СИ) был достоверно выше (p=0,0001) в сравнении со 2 и 3 подгруппой. Значения (max, min) СИ при физиологической беременности в III триместре составили 4,08 и 3,35 л/мин/м^2, при осложненной гестозом - 4,91 и 4,19 л/мин/м^2. Повышение СИ в 28-30 недель физиологической беременности более 4,10 л/мин/м^2 является ранним признаком развития гестоза: ДЧ -87% (ДИ 77-97%), ДС 71% (ДИ 57-85), индекс точности 98% (ДИ 86-100).

Определялось снижение показателей ВРС матери в III триместре: SDNN 79-90-99 и 101-108-118; p=0,001, циркадного индекса (ЦИ ЧСС) 1,18-1,19-1,20 и 1,23-1,24-1,27; p=0,00001 за счет увеличения средней ЧСС в ночное время (77-82-87 и 73-75-77; p=0,002), соответственно, 1 и 2 подгруппа.

Выводы. Выявление в 10-12 недель физиологической беременности снижение S/D в основном стволе почечных и сегментарных артериях < 3,0 (УЗИ почек), в 28-30 недель - снижение SDNN<100 мс и ЦИ

ЧСС<1,20 (ХМ), увеличение СИ>4,10 (ЭхоКГ) являются ранними доклиническими признаками гестоза (вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии).

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И УРОВЕНЬ МОЗГОВОГО НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С КОМОРБИДНЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Козлова С.Н.[1,2], Голубев А.В[2]., Катышева Н.С.[2], Крылова Ю.С.[1], Шляхто Е.В.[1,2], Незнанов Н.Г.[2]
[1] Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова Росмедтехнологии, Санкт-Петербург, Россия
[2] Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Определить уровень мозгового нейротрофического фактора (BDNF) и показатели когнитивной функции у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), страдающих аффективными расстройствами тревожно-депрессивного спектра.

Методы исследования. Было обследовано 163 больных (125 мужчин и 38 женщин) с доказанными хроническими формами ИБС: стенокардией напряжения функциональных классов и/или постинфарктным кардиосклерозом. Средний возраст больных составил 61,6 года (38-75 лет). Все больные тестировались с помощью скринингового опросника аффективных расстройств - Госпитальной шкалы тревоги и депрессии. На основании этих результатов больным с клинической тревогой и/или депрессией проводилось психопатологическое обследование с участием психиатра, с использованием шкал тревоги и депрессии Гамильтона. Психометрическое исследование памяти для оценки когнитивной функции выполнялось с помощью шкалы Векслера, оценивался абсолютный показатель памяти (АПП), корригированный показатель памяти (КПП) и эквивалентный показатель памяти (ЭПП). Содержание BDNF в крови исследовалось методом иммуноферментного анализа с помощью тест-системы CHEMICON INTERNATIONAL (США&Канада).

Результаты. На основании данных психопатологического обследования все пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составил 101 больной с клинически значимыми нарушениями настроения - тревогой и/или депрессией, вторую - группу сравнения - 62 больных ИБС без аффективных расстройств. В группе больных ИБС с тревожно-депрессивными расстройствами АПП был 51,3±2,7 балла, КПП - 96,9±1,4 балла, ЭПП составил 99,4±2,2 балла. В группе сравнения: АПП - 52,2±1,5 балла, КПП - 99,5±1,5 балла, ЭПП - 103,6±2,5 балла, различия между группами были статистически недостоверны. Уровень BDNF в основной обследуемой группе составил 19,4±1,3 нг/мл, а у пациентов с ИБС без аффективных нарушений - 22,9±1,6 нг/мл, различия также не были значимы.

Заключение. Выполненное исследование показало отсутствие статистически достоверных различий по параметрам памяти шкалы Векслера и уровню BDNF в группах у больных с ИБС, страдающих аффективными расстройствами и у лиц с ИБС, не имеющих нарушений настроения. Возможно это обусловлено тем, что пациенты с ИБС пожилого возраста могут иметь когнитивные и нейротрофические нарушения вне связи с аффективными расстройствами тревожно-депрессивного спектра. Можно предполагать, что в основе коморбидности ИБС и нарушений настроения лежат другие патогенетические закономерности.

ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ ЭЛЕКТРОДА ДЛЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СТИМУЛЯЦИИ

Колунин Г.В., Кузнецов В.А., Харац В.Е., Павлов А.В., Белоногов Д.В.
Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень

По обобщенным литературным данным успех имплантации систем для сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ) составил 93%. Одной из причин неуспеха вмешательства является сложности с позиционированием левожелудочкового электрода.

Цель нашего исследования, оценить особенности позиционирования левожелудочкового электрода при имплантации системы СРТ.

На имплантацию СРТ систем было направлено 100 пациентов, 97 больным СРТ системы были успешно имплантированы. В 3 случаях имплантировать системы не удалось. У одного пациента были сложности с катетеризацией коронарного синуса, во втором случае отмечалось отсутствие оптимальных вен и их малый диаметр и у одного пациента были высокие пороги стимуляции во всех доступных венах на боковой стенке ЛЖ

(4,5V и более).

Перед имплантацией левожелудочкового электрода проводилось детальное контрастирование коронарного синуса с целью определения возможных альтернатив для имплантации электрода, на случай отсутствия средне-боковой вены сердца или ее малого диаметра. Основными факторами для выбора места стимуляции ЛЖ были: локализация электрода в проекции боковой стенки ЛЖ, пороги стимуляции менее 1,5 - 2V и отсутствие стимуляции диафрагмального нерва при 8 - 10V. А так же принималось во внимание наличие зон рубцового поражения и аневризмы ЛЖ и у части больных зон максимальной задержки кинеза по данным эхокардиографии. Из 97 имплантированных систем в 79 (81,5%) случаях электрод для стимуляции ЛЖ позиционировался в среднюю вену сердца, в 8 (8,2%) случаях электрод был имплантирован в область боковой стенки ЛЖ через боковые ветви задней вены, и в 10 (10,3%) случаях была выбрана передняя вена сердца.

Выводы: Успешно позиционировать левожелудочковый электрод при имплантации СРТ систем удается в подавляющем большинстве случаев.

Имплантировать левожелудочковый электрод в целевую (средне-боковую) вену сердца для стимуляции левого желудочка удается в 81,5% случаев.

СЕМИЛЕТНИЙ ОПЫТ ИМПЛАНТАЦИИ СИСТЕМ ДЛЯ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Колунин Г.В., Кузнецов В.А., Харац В.Е., Криночкин Д.В., Павлов А.В., Белоногов Д.В.
Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень

С июня 2003 года 118 больным (средний возраст 49±2,4 года, 99 мужчин, 59 - с ИБС) с выраженной хронической сердечной недостаточностью (ХСН) было имплантировано 43 системы для сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ) и 75 систем для СРТ с функцией кардиовертера - дефибриллятора (ИКД).

Средний срок наблюдения составил 15±4 месяца (от 1 до 38 месяцев). При наблюдении до 1 года у всех больных была отмечена стойкая положительная динамика клинико-функционального состояния. У 19 пациентов выраженность сердечной недостаточности уменьшилась с IV до III функционального класса (NYHA), у 52 - с III до II класса, у 24 - с IV до II класса и у 23 - с III до I класса. Было зафиксировано достоверное увеличение дистанции шестиминутной ходьбы, величины фракции выброса ЛЖ, уменьшение конечного систолического размера ЛЖ, давления в легочной артерии, митральной регургитации.

За время наблюдения умерло 16 пациентов. Десять пациентов имели ИБС с многососудистым поражением коронарных артерий, функциональным классом ХСН на момент имплантации III - IV, четверо пациентов после операции аорто-коронарного шунтирования. Три пациента умерло внезапно на фоне стабильного состояния по ИБС, остальные на фоне нарастающей симптоматики ИБС и ХСН. Средний срок получаемой СРТ у умерших пациентов составил 16±4 месяца.

СРТ не только в ближайшем, но и отдаленном периоде наблюдения ведет к стойкому улучшению клинико-функциональных параметров у больных с выраженной ХСН. Но как показало наше наблюдение, отдаленный прогноз у пациентов с ИБС на фоне многососудистого поражения коронарного русла значительно хуже, чем у пациентов с дилатационной кардиомиопатией. Для достижения хороших клинический результатов при проведении СРТ как в ближайшем, так и отдаленном периоде необходим правильный отбор пациентов и проведения регулярного контроля параметров электрокардиостимуляции и при необходимости их оптимизация.

ХРОНОЭПИДЕМИОЛОГИЯ СОСУДИСТЫХ КАТАСТРОФ: ОПЫТ АНАЛИЗА ВРЕМЕННОГО ПАТТЕРНА ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА ПО ТЕХНОЛОГИИ «БИОЛОГИЧЕСКОГО КАЛЕНДАРЯ»

Костоглодов Ю.К., [1]**Иванов С.В.**
РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН, г. Москва,
[1]Коми филиал ГОУВПО «Кировская ГМА Росздрава», г. Сыктывкар, Россия.

Цереброваскулярные и кардиоваскулярные (коронарные) катастрофы - инсульты и инфаркты - интегральная и социально значимая проблема: почти повсеместно в мире графики роста смертности от инфарктов и инсультов синхронизированы [Вунш Г., 2007]. С другой стороны, патогенетически сосудистые катастрофы «завязаны узлом» липидного профиля. Дизайн традиционных хроноэпидемиологических подходов решения этой проблемы обладает высоким прогностическим потенциалом. Однако, - не учитывает индивидуальный аспект. Отсюда - вскрываются лишь статистические закономерности. Как - в уравнение генерализующего эпидемиологического проекта заложить индивидуальную переменную? Есть основания считать 1-й день постнатальной жизни человека начальной эпохой, когда заводятся биологические часы, отсчитывающие фазы его жизненного цикла. Разновидность таких часов целесообразно именовать индивидуальным биологическим календарем (БК). Одну из рабочих схем БК представляет 16-месячный календарь с 23-дневными месяцами, отмеряющий длину астрономического года с разрешающей способностью не менее 2-3 суток [Костоглодов Ю.К., 2007; 2008]. Такая модель БК позволяет рассматривать индивидуальные медико-биологические события в циклическом 23-дневном фазовом пространстве. Совокупность множества таких событий, собственно - медстатистика, представленная датой начальной эпохи БК и датами манифестации острой фазы сосудистой катастрофы (СК) и/или смерти от СК, образует временной ряд, который анализируется на предмет выявления фазовых экстремумов в рамках гипотезы БК.

Исследование спектра биений изолированного кардиомиоцита, как и их агрегатов in vitro, выявило статистически достоверные ритмы с периодами 3.5 суток (84 часа) и 4.0 суток (96 часов) [Halberg F., Breus T.K., Cornelissen G. et al., 1991].

По материалам регистров ЛПУ Москвы и Ростова н/Д (средние широты, n=8523) хроноанализ дат манифестаций инфарктов миокарда (ИМ) обнаруживает наибольшую вероятность проявления ИМ в фазе 4-х суток в фазовом пространстве БК. В высоких широтах (Сыктывкар, n=1932) в фазовом портрете ИМ наибольшее их количество проявляется в фазе 3-х суток. Максимум гипертонических кризов (Москва, Ростов н/Д) развивается в фазе 3-х суток. При смене знаков Bz-компоненты межпланетного магнитного поля количество левосторонних инсультов возрастает в фазе 3-х суток, а правосторонних - в фазе 4-х суток.

Известно, что у одних новорожденных многие физиологические параметры в первые дни жизни имеют положительный тренд, у других - отрицательный. Этот факт может свидетельствовать в пользу градации человеческой популяции не только на циркадианных, но также - инфрадианных «жаворонков» и «сов». И эти инфрадианные «совы» могут определять вторую выявленную нами симметричную область «пиковых фаз» - фазы 8-х и 9-х суток, которые с учетом переноса координат начальной эпохи БК на 180^{0} равнозначны фазам 3-х и 4-х суток.

Т.о., оригинальная методика хроноанализа, выявляя новые - временные факторы риска развития СК, способствует формированию фундамента теоретического обоснования технологии индивидуальной хронопрофилактики СК.

ИЗМЕНЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ И ФОРМИРОВАНИЕ КЛЕТОК ПАМЯТИ В ПОПУЛЯЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ Т-ХЕЛПЕРОВ ПРИ ГЕСТОЗЕ

Кудряшова А.В., Гасанова Д.Д., Панова И.А.
ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н.Городкова, Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи», Иваново, Россия

Многочисленными исследованиями было показано, что развитие гестоза сопровождается усилением проницаемости плацентарного барьера для антигенов плодового происхождения. Известно, что длительная антигенная стимуляция запускает многоступенчатый процесс дифференцировки клеток адаптивного иммунного ответа, важнейшими из которых являются Т-хелперы. Большая часть образующихся эффекторных клеток реализует свою функцию и апоптирует после элиминации антигена из организма, но небольшой пул лимфоцитов приобретает свойства клеток-памяти. Наивные Т-лимфоциты (T_N) и центральные клетки памяти (T_{CM}) рециркулируют во вторичных лимфоидных органах, в то время как претерминально-дифференцированные (T_{EM}) и терминально-дифференцированные (T_{EMRA}) Т-лимфоциты проникают в периферические ткани. В динамике дифференцировки Т-лимфоциты приобретают новые свойства. T_{CM} и T_{EMRA}

являются наиболее мощными продуцентами цитокинов и других функциональных молекул, в то время как T_N и T_{EM} являются предшественниками данных популяций для созревания которых требуется стимулирующий сигнал.

Целью исследования было оценить содержание Т-хелперов, находящихся на различных этапах дифференцировки в периферической крови беременных женщин с физиологическим течением беременности и при гестозе. Всего было проведено обследование 18 беременных женщин в 28-36 недель гестации. Из них у 13 женщин на момент обследования имелись клинические проявления гестоза, у

5 женщин беременность протекала без осложнений. Материалом для исследования служила периферическая кровь. Иммунологическое обследование включало определение методом трехцветной проточной цитометрии относительного содержания T_N (CD45RA+CD62L+), T_{CM} (CD45RA-CD62L+), T_{EM} (CD45RA-CD62L-) и T_{EMRA} (CD45RA+CD62L-) клеток в популяции CD4+ Т-хелперов. Было установлено, что в периферической крови женщин в 3 триместре гестации независимо от характера течения беременности в популяции CD4+ лимфоцитов основная доля приходилась на пул наивных клеток, наименьший процент - на пул T_{EMRA}. Однако в группе женщин с гестозом относительное содержание претерминально-дифференцированных Тщ^ клеток в популяции CD4+ лимфоцитов было снижено, тогда как уровень T_N и T_{EMRA} в популяции Т-хелперов был значительно выше, чем в группе с неосложненным течением беременности.

Полученные нами результаты свидетельствует о том, что при гестозе изменялась направленность дифференцировки Т-хелперов. Рост пула TN клеток мог определяться усилением пролиферации клонов различной специфичности, обусловленной стимуляцией разнообразными антигенами плодового происхождения и повышенным уровнем продукции факторов роста Т-лимфоцитов. Высокое содержание наиболее функционально активных Т-хелперов TEMRA при гестозе вероятно отражало длительный характер воздействия дифференцировочного сигнала и могло способствовать формированию «иммунологической памяти», определяющей развитие акушерской патологии в последующей беременности.

ПОРАЖЕНИЕ КЛАПАНОВ ПРИ АМИЛОИДОЗЕ

Кузнецова И.А., Рыбакова М.Г.
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова

Цель исследования: выявление частоты амилоидного поражения клапанов.

Материлы и методы: клапанный эндокард больных (150 случаев), прооперированных в хирургических клиниках СПбГМУ им.акад.И.П.Павлова по поводу клапанных пороков сердца различной этиологии. В 47% наблюдений материал был представлен митральным, в 39% аортальным и в 12% пульмональным клапанами. Клиническими диагнозами в 59 % случаев были ревматический порок сердца, в 14% миксоматоз клапанов, в 27% атеросклеротическая деформация и «дегенеративные» изменения клапанов. Средний возраст больных 58 лет.

Гистологические препараты окрашивались гематоксилином и эозином, пикрофуксином по ван Гизону, толуидиновым синим, конго красным, ставились ШИК-реакция, иммуногистохимические реакции с антителами к и Х , preamyloid, A-amyloid (фирмы «DAKO»), а также препараты просматривались в поляризационном свете.

Результаты: Амилоидоз был обнаружен в 32% удаленных клапанов (аортальных, митральных, легочной артерии) на основании выявления конго рот положительных масс, дающих специфическое зеленоватое сечение в поляризованном свете. В 42% амилоидные депозиты были обнаружены в клапанах с клиническим диагнозом «миксоматоз», в 30% с диагнозом «дегенеративные» изменения, в 18% с диагнозом «ревматический порок сердца», в 10% с диагнозом «атеросклеротическая деформация клапанов». Макроскопически клапаны с амилоидной трансформацией были равномерно утолщены, белесоватые, плотные в области тела и комиссур, с гладкой поверхностью, сероватого цвета, без очаговых отложений кальция. В 33% определялась «слоистость» створок клапанов преимущественно в их основании. Амилоид в клапанном эндокарде (в 11%) встречался в эластическом и соединительнотканном слоях в виде небольших гомогенных, или вакуолизированных, или сетчатых, или глыбчатых эозинофильных масс, которые также были пикринофильны и конго рот положительные. Амилоидные депозиты располагались преимущественно по ходу эластических волокон клапанного эндокарда, прерывая и расслаивая эластические пучки. Вокруг амилоида и неравномерно диффузно в створках клапана определялся склероз с мелкими очагами гиалинизации и пылевидного обызвествления. Эндотелий был сохранен, несколько набухший. Встречались единичные макрофаги, лимфоциты, плазмоциты. При сочетании постревматического неактивного процесса и амилоидоза наряду с мелкими амилоидными депозитами в клапанах постоянно выявлялись сосуды с утолщенной стенкой за счет гипертрофии, гиперплазии медии, равномерного склероза и гиалиноза, лимфо-плазмоцитарные инфильтраты, мелкие поля бесклеточного фиброза, очаговая пролиферация эндотелия. В 13% доказана системность амилоидоза на основании дисбаланса к и Х (1:7).

Вывод: морфолог может заподозрить амилоидоз на основании нарушения хода коллагеновых и эластических волокон в клапанном эндокарде за счет мелких волокнистых эозинофильных депозитов.

Косвенными макроскопическими признаками амилоидоза клапанов могут быть «слоистость», гладкая поверхность, равномерность утолщения, минимально выраженные процессы гиалинизации и кальциноза в створках клапана.

ПРОФИЛАКТИКА ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТОТОЧНОСТИ У КРЫС ПРИРОДНЫМИ ГУМИНОВЫМИ СОЕДИНЕНИЯМИ

Кузнецов Р.А., Перетятко Л.П.
ФГУ «ИвНИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова Росмедтехнологии» Иваново, Россия

Определенный научный интерес в настоящее время представляет поиск новых биологически активных веществ природного происхождения, позитивно влияющих на систему «мать-плацента-плод». Одной из таких субстанций являются гуминовые соединения, получаемые путем экстракции из торфа. Своеобразность их химической структуры обуславливает широкий спектр биологического действия. Рядом исследований показано, что гуминовые соединения стимулируют эритропоэз и регенерацию поврежденных тканей, обладают антиоксидантной активностью, оказывают иммуномодулирующее действие, в первую очередь на клеточное звено иммунитета. В последние годы в центре внимания находится способность гуминовых соединений образовывать комплексы с другими химическими веществами, что используется не только с целью инактивации токсикантов, но и создания принципиально новых лекарственных форм, в частности, с ионами серебра.

Цель настоящего исследования - изучить механизмы профилактирующего действия природных гуминовых соединений из торфа при плацентарной недостаточности (ПН) в эксперименте.

Эксперимент проведен на 30 беременных крысах линии Вистар, составивших 3 группы исследования. 1-ая группа - контроль, 2-ая группа - крысы с экспериментальной ПН, созданной путем перевязки преплацентарных артерий, 3-я группа - профилактика ПН гуминовыми соединениями в дозе 10 мг/кг per os с первого дня беременности. После эвтаназии животных, за день до предполагаемых родов, извлекались плоды, последы и плацентарное ложе матки. Проводилось комплексное морфологическое исследование с использованием методов световой, электронной микроскопии и иммуногистохимии.

Результаты эксперимента показывают, что гуминовые соединения стимулируют развитие адаптивных процессов в маточно-плацентарной области. К последним относится достоверное увеличение площади и удельного объема сосудов плацентарного ложа, базальной и лабиринтной части плаценты. С ангиогенным действием гуминовых веществ авторы связывают достоверное увеличение количества материнских артерий и артериол в плацентарном ложе на фоне повышения экспрессии сосудисто-эндотелиального фактора в трофобластических и децидуальных клетках. Увеличение удельного объема артерий плацентарного ложа с завершенной гестационной перестройкой свидетельствует об усиленной инвазии цитотрофобласта. Применение гуминовых соединений приводит к уменьшению повреждаемости структур последа, предупреждению развития таких нарушений кровотока, как тромбоз материнских лакун лабиринта, ишемия и некроз тканей краевых отделов плаценты. Соматометрические параметры плодов крыс при профилактике ПН гуминовыми соединениями достоверно превышают подобные группы контроля.

Таким образом, гуминовые соединения в условиях экспериментального нарушения маточно-плацентарного кровотока профилактируют формирование ПН и задержки внутриутробного развития плодов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Кузьменко Г.Н., Назаров С.Б., Ситникова О.Г., Попова И.Г.
ФГУ Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова Росмедтехнологии, Иваново

Цель: определить информативные критерии прогноза и диагностики тяжелой неонатальной патологии на основании анализа биохимических и иммунологических показателей беременных и их новорожденных. Выполнен анализ клинико-анамнестических и лабораторных данных у 637 недоношенных новорожденных и их матерей, начиная с антенатального этапа и в раннем неонатальном периоде жизни. С использованием математического анализа определены факторы риска развития патологических состояний у новорожденных в раннем неонатальном периоде развития.

Результаты исследований обрабатывались с использованием однофакторного и многофакторного дисперсионного анализа, корреляционного анализа, множественного регрессионного анализа, непараметрических методов статистики. Учитывали вклад каждого фактора в развитие неонатальной патологии на основании оценки силы влияния по Плохинскому Н.А. (1990). Диагностическая и прогностическая ценность клинико-лабораторных данных измерялась после оценки их информативности и определения диагностических коэффициентов по Кульбаку. Исследовались показатели гемостазиограммы, КОС и газов крови, уровни а-1 антитрипсина, С1 ингибитора, а-2 макроглобулина, малонового диальдегида (МДА), антиокислительной активности крови (АОА), церулоплазмина, метаболитов оксида азота - нитритов, молекул средней массы, липазы, общих липидов, фосфолипидов, триглицеридов, холестерина, интерлейкинов 6 и 8, компонентов комплемента, антикардиолипиновых антител (АКЛА) IgG, волчаночного антикоагулянта, фактора роста эндотелия сосудистой стенки.

Предложен комплекс лабораторных показателей, позволяющих поэтапно прогнозировать развитие неонатальной патологии. Первый этап - прогнозирование на антенатальном этапе. У беременной до родов определяют показатели гемостаза, интенсивность процессов свободнорадикального окисления (СРО) и циркуляцию антифосфолипидных антител (АФА), которые отражают течение беременности, функционирование фетоплацентарного комплекса и являются информативными критериями страдания плода. Второй этап - прогнозирование на неонатальном этапе по данным лабораторных исследований у ребенка, третий этап - диагностика. Выделены особенности течения антенатального и неонатального периодов в виде усиления интенсивности процессов СРО, циркуляции АФА, нарушений гемостаза и функции эндотелия у беременных и новорожденных, которые оказывали влияние на развитие у детей РДС, ВЖК, ДВС-синдрома, тяжелой церебральной ишемии, тяжелых неонатальных геморрагий. Среди метаболических изменений на первом месте по информативности были уровни МДА в сыворотке крови, затем метаболиты оксида азота, уровни а-1 антитрипсина, иммунологических - циркуляция волчаночного антикоагулянта и АКЛА IgG, гемостазиологических - уровни протеина С, антитромбина, ф. Виллебранда, плазминогена. Результаты математического анализа явились обоснованием для включения в стандарты ведения беременных и новорожденных дополнительных параметров, которые позволяют прогнозировать развитие респираторного дистресс-синдрома, перинатальных поражений ЦНС, а также жизнеспособность новорожденных, выполнять дифференциальную диагностику ишемических и геморрагических поражений ЦНС, диагностику и прогнозирование неонатальных геморрагий.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Куликова Н.Ю., Чаша Т.В., Попова И.Г.

Федеральное государственное учреждение «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н.Городкова Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи», г.Иваново, Россия

Цель: оценить состояние некоторых показателей функции эндотелия у новорожденных с ишемической нефропатией разной степени тяжести в раннем неонатальном периоде.

Было изучено содержание эндотелина-1 и натрий-уретического пептида В-типа в крови у новорожденных с ишемической нефропатией (ИН) I, II, III степени тяжести (I, II, III группы, соответственно) и здоровых (IV группа) детей на 1-й и 5-7-й дни жизни. Содержание натрий-уретического пептида В-типа оценивали по уровню устойчивого в кровотоке N-терминального proBNP (Nt-proBNP). Уровень эндотелина-1 в плазме и Nt-proBNP в сыворотке крови определяли методом ИФА с помощью набора «Biomedica» (Австрия).

Ишемическая нефропатия проявлялась сниженным диурезом (олигоанурия или анурия); отечным синдромом степени; мочевым синдромом в виде легкой, умеренной или выраженной протеинурии, гематурии и цилиндрурии (гиалиновые и зернистые цилиндры); значения креатинина и мочевины сыворотки крови выше 90 мкмоль/л и 8,0 ммоль/л, соответственно.

Среднее содержание эндотелина-1 в плазме крови у здоровых детей на 1-й день жизни составило 0,3±0,02 фмоль/мл, на 5-7 день - 0,6±0,04 фмоль/мл. У детей с ИН I, II и III степени тяжести уровень эндотелина-1 на 1-й день жизни был в 2,0 раза выше, чем у здоровых детей (рг\ч,п,ш<0,05); на 5-7-й день при ИН I - в 1,8 раза ($p_{№г}$<0,001), при ИН II - в 1,5 раза ($p_{№п}$<0,01), при ИН III - в 1,7 ' раза выше ($p_{№ш}$<0,001).

Среднее содержание натрий-уретического пептида В-типа в сыворотке крови у здоровых новорожденных составило на 1-й день жизни 140,4±5,8 фмоль/мл, на 5-7 день - 89,1±4,3 фмоль/мл. У новорожденных с ИН в раннем неонатальном периоде натрий-уретический пептид В-типа был достоверно выше, чем у здоровых детей, причем у детей с ИН II и III на 1-й день жизни он был достоверно выше, чем у детей с ИН I (p_{I-II}<0,01, ш<0,001), а на 5-7 день - выше в группе III, чем в I и II (р ^ ш О ^) .

Таким образом, выявлено достоверное повышение уровня эндотелина-1 и натрий-уретического пептида В-типа в крови у новорожденных с ишемической нефропатией I, II и III степени тяжести в раннем неонатальном периоде, что свидетельствует о нарушении функции эндотелия у новорожденных при данной патологии. Причем, эндотелиальная дисфункция более выражена при тяжелой ишемической нефропатии.

РОЛЬ КОМПЛЕКСНОЙ АВТОМАТИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ НА КУРОРТЕ

Курашова О.Н., Викторова Е.В., Ураков В.Л., Павлов А.Н.
ОАО санаторий «Алтай-West», Белокуриха

Цель работы. Анализ введения комплексной автоматизации санатория, лечебно-диагностической работы медицинской службы ОАО санатория «Алтай-West», с оперативным обеспечением сбора, накопления и анализа данных об отдыхающих.

Методы исследования. Сетевой программный комплекс «Здравница» в основе имеющий электронную историю болезни (ЭИБ) введен в работу санатория в течение двух последних лет. Лечебный комплексный блок включает (по ЭИБ):

1. Анкетные данные-иформация о пациенте, поступающая из регистратуры;
2. Состояние-основной и сопутствующие диагнозы направившего учреждения и санатория согласно МКБ-10; антропометрические данные; двигательный режим, диета, наблюдение;
3. План лечения-распорядок приема процедур;
4. Медикаменты-по назначению;
5. Лаборатория-направления и результаты лабораторного обследования;
6. Дневник-данные первичного, повторных, заключительного приемов лечащим врачом; консультативных приемов; обследования;
7. Эпикриз- основной и сопутствующие диагнозы направившего учреждения и санатория согласно МКБ-10; оценка результатов лечения. В процессе работы формируется автоматизированное гибкое расписание процедур и обследований.

Все разделы комплекса используют единую базу данных: руководитель, учет, лечебный процесс, организация питания, прием и размещение, планирование и реализация услуг. Конфигурация комплекса обеспечивает конфиденциальность информации и разграничение прав пользователей. Аудит работы сотрудников.

Полученные результаты: Внедрение и использование электронной истории болезни, комплексной системы автоматизации, приоритетно, медицинской и научно-методической деятельности санатория определило следующий эффект:

1. повышение производительности труда персонала (врачей, медицинских сестер и т.д.)
2. новый качественный уровень обследования, программ лечения
3. рост оперативности за счет мгновенного поступления в ЭИБ результатов исследований, консультаций специалистов и приемов лечащим врачом
4. повышение профессионального уровня сотрудников санатория
5. лечащий врач становится аналитиком и управленцем процесса лечения
6. повышение контроля качества и ведения медицинской документации
7. возможность оперативной автоматической статистической обработки медицинской документации, архивных материалов с анализом результатов работы медицинской службы санатория, её подразделений и сотрудников.

Заключение. Современные принципы автоматизации процесса диагностики и лечения в санатории позволяют оперативно оценить исходное физическое состояние пациента с терапевтической (кардиальной, неврологической, эндокринологической и т.д.) патологией, объективно проанализировать показатели в динамике. Внедрение СПК «Здравница» обеспечивает переход на более эффективный качественно новый уровень организации деятельности санаторных учреждений.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КОМИ

[1]Курочкина О.Н., [2]Осипов А.И., [2]Шабалина А.А., [2]Буркова Т.Н.

[1]Коми филиал ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава в г. Сыктывкаре», [2]ГУ РК «Коми республиканская больница». г. Сыктывкар, Россия.

Цель работы: Оценить количество и структуру пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью (ХПН) в Республике Коми с 2000 по 2009 гг., нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии (ЗПТ); определить распространенность сердечно-сосудистой патологии у больных с терминальной стадией ХПН.

Материалы и методы: Использованы журналы отбора на заместительную почечную терапию больных с терминальной ХПН за 2000 - 2009 гг. Всего рассмотрено на комиссии 311 случаев, из них 40 больных рассмотрено на комиссии повторно, 17 пациентов исключено из-за отсутствия достаточного количества информации. В исследование включено 256 пациентов, из них 125 женщин, 131 мужчин. Статистическая обработка данных проводилась методами описательной статистики с использованием программы BIOSTAT.

Результаты. Количество пациентов, направленных на комиссию по отбору на ЗПТ - от 19 до 38 случаев ежегодно с тенденцией к росту. Средний возраст больных составил 45,9±14,1 лет (от 14 до 78 лет). В возрастном периоде до 50 лет преобладают мужчины - 80 больных (55,5%), женщин - 66 (44,5%) (p=0,053). В возрасте старше 50 лет преобладают женщины - 58 больных (53,7%), мужчин - 50 (46,3%). В структуре нозологических форм преобладает гломерулонефрит 105 случаев (41%), сахарный диабет - 33 (12,9%), гипертоническая болезнь - 32 больных (12,5%). В структуре сопутствующих заболеваний и осложнений преобладала артериальная гипертензия - у 152 больных (59,4%); анемия - 107 случаев (у 41,8% больных); нарушение ВЭБ и КЩС всего у 59 пациентов (23%); поражение сердца (ИБС, гипертоническое сердце, кардиомиопатия) у 83 больных (32,4%). В динамике за 2000-2009 гг. выявлен рост гломерулонефрита на 50%, сахарного диабета на 75%, гипертонической болезни на 50%; АГ- на 38%, анемии - на 62,5%, поражения сердца - на 25%. Таким образом, у 91,8% больных имелось поражение сердечно-сосудистой системы. Решение комиссии о проведении ЗПТ было принято в отношении 164 пациентов (64%). Медицинские противопоказания к ЗПТ имели 83 пациента (32,4%), отказались от ЗПТ - 31 (12,1%). В группе больных, имеющих противопоказания к ЗПТ, поражения сердца встречаются в 45,8% случаев, тогда как в группе пациентов, отобранных на ЗПТ, этот показатель составляет 26,8% (p=0,005).

Выводы: 1. В структуре нозологий преобладает гломерулонефрит, сахарный диабет и гипертоническая болезнь. В динамике за 10 лет отмечается прирост больных с терминальной ХПН на 41,5%.

2. В структуре сопутствующих диагнозов преобладает поражение сердечно-сосудистой системы - 91,8% случаев, что обусловливает высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений и смертности, особенно среди мужчин, а также является серьезным препятствием к проведению ЗПТ.

ФАКТОРЫ РИСКА СМЕРТИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Курочкина О.Н.[1], Боянкова Н.М.[2], Богомолов А.Н.[1]

[1]ГОУ ВПО «Коми филиал Кировской государственной медицинской академии Росздрава», 2МУЗ «Городская поликлиника №3 г. Сыктывкара»; г. Сыктывкар, Россия.

Цель: Изучить причины смерти больных, перенесших инфаркт миокарда, выявить факторы риска смерти в течение 5 лет после инфаркта миокарда.

Материалы и методы: Изучен регистр больных, перенесших инфаркт миокарда, ведущийся в МУЗ «Городская поликлиника №3 г. Сыктывкара» с 2003 года. Проанализированы случаи ИМ, произошедшего в 2003-2004 гг., и информация о важнейших сердечно-сосудистых событиях (повторный инфаркт миокарда, инсульт) и смертности больных в течение 5-летнего периода после перенесенного инфаркта миокарда. В регистр вносились данные о возрасте, времени госпитализации после приступа, тяжести инфаркта (ИМ с Q или без Q), локализации ИМ, исходе заболевания, осложнениях, сопутствующих заболеваниях, времени возникновения повторного ИМ, рецидива, инсульта; дата и причина смерти. Статистическую обработку проводили с использованием программы BIOSTAT.

Результаты: Всего в этот период инфаркт миокарда произошел у 315 человек, в том числе 182 мужчины (57,8%) и 131 женщина (42,2%). Средний возраст больных составил: 67,5±12,6 лет, в том числе мужчин - 60,±8,9 лет, женщин - 69,0±10,3 лет (p=0,000). Госпитализированы в 1-е 6 часов от развития болевого синдрома 198 пациентов, что составляет 62,9%, от 7 до 24 часов - 29 больных, свыше 24 часов - 79 больных (25,2%). У 159 больных (50,8%) развился ИМ с зубцом Q, у 156 больных (49,2%) - ИМ без Q. У 230 больных (73%) ИМ

развился впервые, у 85 (27%) - ИМ был повторным. У 179 больных (57%) имелась гипертоническая болезнь 3 степени, у 31 больных (10%) - сахарный диабет.

Общая смертность в течение 5 лет составила 126 человек (40% от перенесших ИМ); в том числе 71 мужчина (56,3%) и 55 женщин (43,7%). Среди мужчин умерли 39% больных; среди женщин - 42% больных. Непосредственно во время ИМ умерло 50 больных, что составило 16,0% от всех случаев ИМ и 40% от числа умерших. В структуре причин смерти в течение последующих 5 лет преобладали сердечно-сосудистые заболевания, включающие повторный ИМ, инсульт, ЦВЗ, ИБС: всего за 5 лет умерло 75 больных, в том числе от ССЗ - 66 больных, или 52,6% от всех умерших и 88,0% от умерших в течение 5 лет. Кроме того, причинами смерти были: злокачественные новообразования - 7 человек, пневмония - 1 человек, цирроз печени - 1человек.

В зависимости от тяжести перенесенного ИМ, отмечается большее число летальных исходов от ИМ с зубцом Q - умерло 78 больных (62% от всех умерших и 49,1% от числа ИМ с зубцом Q), от ИМ без зубца Q - 48 больных (38%от числа умерших и 30,8% от количества больных с ИМ без зубца Q) ($p = 0,01$).

Первичный и повторный ИМ также различаются по числу смертельных исходов: так, среди больных, перенесших первичный ИМ, умерло 79 человек из 230 (34%), а среди больных, перенесших повторный ИМ, умерло 47 человек из 83 (57%) ($p = 0,000$).

Выводы: Факторами риска смерти больных, перенесших инфаркт миокарда, являются:

1. Инфаркт миокарда с зубцом Q;
2. Повторный инфаркт миокарда;
3. Возраст старше 60 лет для мужчин, старше 70 лет для женщин.

СЕРДЕЧНО-СОСУДСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ПОЧЕЧНУЮ ТЕРАПИЮ

[1]Курочкина О.Н.,[2]Осипов А.И.,[2]Попова А.Н.,[2]Прудкая Ю.Г.

[1]Коми филиал ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава в г. Сыктывкаре»,
[2]ГУ РК «Коми республиканская больница».

Цель: Оценить частоту сердечно-сосудистой патологии у больных хронической почечной недостаточностью (ХПН), получающих заместительную почечную терапию (ЗПТ) в отделении гемодиализа ГУ РК «Коми республиканская больница»; определить пятилетнюю выживаемость пациентов, находящихся на ЗПТ.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ журналов регистрации больных, получающих ЗПТ в отделении гемодиализа ГУ РК «Коми республиканская больница» с 2000 по 2009 гг.

Результаты: Проанализированы 113 случаев пациентов с ХПН, начавших ЗПТ с 2000 по 2009 годы, в том числе мужчин 59 (52%), женщин 54 (48%); средний возраст - 42,6±14,2 лет, преобладают больные от 40 до 60 лет (64%); получали гемодиализ 76% пациентов, перитонеальный диализ - 24%. За 10 лет отмечается рост количества пациентов, начавших ЗПТ, с 7 в 2000 году до 16 больных в 2009 г. В структуре заболеваний преобладали: гломерулонефрит (54,9%), пиелонефрит (12,4%), врожденные аномалии развития (14,2%). Среди сопутствующих заболеваний и осложнений преобладали сердечно-сосудистые заболевания: артериальная гипертензия наблюдалась у 64,9% больных, различные заболевания сердца - у 27,0% больных. Анемия зафиксирована у 59,5% больных, нарушения кислотно-щелочного состава и водно-электролитного баланса - у 48,6% пациентов. Для анализа 5-летней выживаемости выбран период 2002-2004 гг. Из 32 пациентов умерли за 5 лет 10 больных (31,2%), в том числе: до года - 5 (15,6%), прожили 1 год - 2 (6,2%), 3 года - 1,4 года - 1,5 лет - 1 больной (по 3,1%). Среди умерших преобладали мужчины - 7 больных (70%), женщин - 30%.

Выводы:

1. С каждым годом возрастает число пациентов, нуждающихся в ЗПТ.
2. В структуре осложнений ХПН преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы - артериальная гипертензия, поражения сердца, что способствует развитию сердечно-сосудистых осложнений и смертности больных.
3. Среди пациентов, начавших ЗПТ, основная смертность приходится на первый год лечения ЗПТ.
4. Мужчины, получающие ЗПТ, умирают чаще, чем женщины.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В Г. СЫКТЫВКАРЕ

Курочкина О.Н., Джебраилова А.Т., Бердников Д.В.

Коми филиал ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава в г. Сыктывкаре», г. Сыктывкар, Россия.

Цель: Оценить клинические проявления гипертонической болезни (ГБ), соответствие терапии рекомендациям ВНОК, эффективность лечения ГБ в условиях поликлиники г. Сыктывкара.

Материалы и методы: Отбор проводился методом случайного бесповоротного отбора амбулаторных карт пациентов с гипертонической болезнью, имеющих необходимый объем обследований. В динамике за 5 лет оценивались клинические проявления, наличие сопутствующих заболеваний, результаты обследования и лечения. Критерии исключения: наличие ХСН Иб - III стадии, отсутствие набора обследований. Статистическая обработка данных проводилась методами описательной статистики с использованием программы BIOSTAT. Для сравнения АД до лечения и на фоне лечения использовался парный критерий Стьюдента и Крускала-Уолиса. Для сравнения качественных признаков использовался критерий Мак-Нимара. Проанализированно 32 амбулаторных карты, в том числе ж=19, м=13; ГБ II ст. - 11 пациентов (6 мужчин, 5 женщин), ГБ III ст. - 21 (7 мужчин,14 женщин). Средний возраст 63,5±11,4 лет.

Результаты: ГБ клинически проявлялась чаще всего в виде головной боли - 68,8%, головокружения - 56,3%, тошноты - 31,1%. Гипертрофия левого желудочка выявлена у 34,4% больных, гиперхолестеринемия - 25,5%, сахарный диабет - у 18,8% пациентов.

В начале лечения: Среднее САД 163,8±16,3 мм рт.ст., ДАД 95,2±9,9 мм рт.ст.

Проводимое лечение. Монотерапия назначалась в 19% случаев, 2 препарата - в 32%, 3 препарата - в 39%, 4 препарата - 10%. Ингибиторы АПФ назначались 62,5% пациентов, антагонисты кальция - 50,0%, диуретики - 37,5% больных, бета-блокаторы - 31,3%. В структуре назначаемых препаратов ингибиторы АПФ составляли 30,3%, ББ - 27,3%, Антагонисты кальция - 24,2%, диуретики(Д) - 18,2%.

Используемые комбинации препаратов: Монотерапия: иАПФ- 12,5%,ББ - 6,3%. Терапия 2 препаратами иАПФ+ББ - 12,5%, АКК+иАПФ - 3,1%, Д+ББ - 3,1%, АКК+ББ - 3,1%, Д+иАПФ - 6,3%, Д+АКК - 3,1%. Терапия 3 препаратами: Д+АКК+ББ - 12,5%, иАПФ+ББ+Д - 6,3%, ББ+АКК+иАПФ - 15,6%, Д+ББ+иАПФ - 3,1%. Терапия 4 препаратами: Д+АКК+ББ+и АПФ - 9,4%.

В динамике за 5 лет отмечалось: снижение АД в среднем на 23 мм. рт.ст. у 59,4% больных, у 15,6% больных давление осталось неизменным, у 28,1% больных повысилось на 14 мм. рт.ст. На момент исследования среднее САД составило 154,3±24,9 ($p<0,05$), ДАД - 92,2±10,8 мм рт. ст. ($p<0,1$). Клиническая симптоматика уменьшилась у 42,7% пациентов ($p=0,006$).

Выводы:

1. Лечение гипертонической болезни соответствует рекомендации ВНОК, используются рекомендованные и возможные комбинации препаратов.
2. В результате проводимого лечения достигнуто статистически значимое снижение САД и ДАД, что сопровождалось уменьшением клинической симптоматики гипертонической болезни. В то же время целевое АД не достигнуто, а в 28% случаев происходит прогрессирование степени тяжести ГБ, что требует проведения дополнительных исследований.

СТЕПЕНЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВАРИАНТА ЛЕЧЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Кухарчик Г.А., Павлова А.М., Константинова И.В., Митрофанов Н.А.

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Выявление и изучение факторов, влияющих на прогноз течения инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (MvltiST), чрезвычайно актуально. Степень повреждения миокарда при Mv^ST является одним из определяющих предикторов неблагоприятного прогноза. Несомненный интерес представляет сравнительная оценка степени повреждения миокарда у больных с ИМпST в зависимости от варианта лечения и эффективности восстановления кровотока по инфаркт-связанной артерии.

Цель исследования. Оценить степень повреждения миокарда у больных с ИМпST в зависимости от варианта лечения в остром периоде.

Материалы и методы. В исследование включено 26 пациентов с №^1^^ из них мужчин было 22, женщин - 4. С целью оценки степени повреждения миокарда использовались методы: ЭКГ в динамике, ЭХО-КГ (на 6-8 сутки ИМпST). Магнитно-резонансная томография (МРТ) выполнялась на томографе «Signa EXCITE

HD» 1,5 Тл на 10-12 сутки ИМп8Т, при этом оценивались: локальная и глобальная сократимость миокарда, объемные и размерные показатели, задержка выведения контрастного вещества в 17 сегментах миокарда левого желудочка (ЛЖ) в отсроченный период (через 15 -20 мин. после введения контрастного вещества).

Результаты. Средний возраст пациентов составил 54,3±5,7 года. Повреждение миокарда нижней стенки ЛЖ выявлено у 13 больных (50,0%), передне-боковой стенки ЛЖ - у 9 (34,6%), нижне-боковой - у 3 (11,5%) и у 1 пациента циркулярное повреждение. В остром периоде МИтйТ была выполнена реваскуляризация миокарда 19 пациентам (73,1%): системный тромболизис (СТ) проведен 2 больным (7,7%) - 1 группа; СТ и чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) - 6 пациентам (23,1%) - 2 группа; и только первичное ЧКВ в 11 случаях (42,3%) - 3 группа. В отсроченном периоде ЧКВ выполнено 5 больным (19,2%) - 4 группа. 4 пациентам с МИтйТ рекомендовано коронарное шунтирование, в т.ч. двум из 1 группы. В 1 группе у всех пациентов сформировался патологический зубец «Q», выявлены зоны нарушения локальной сократимости по данным ЭХО-КГ, зарегистрирована задержка вымывания контрастного препарата (феномен отсроченного контрастирования (ОК)) более чем на 75% толщины миокарда (трансмуральное повреждение) по данным МРТ. Во 2 группе патологический «Q» и зоны нарушения локальной сократимости выявлены у всех пациентов. У 6 больных (100%) выявлено ОК (3 случая нетрасмурального и 3 трансмурального накопления контраста). У половины больных 3 группы сформировался патологический «Q», зоны нарушения локальной сократимости и ОК выявлены только у 7 пациентов. Нетрасмуральное (менее 75%) ОК выявлено у 2 пациентов без формирования «Q» и зон нарушения локальной сократимости (что свидетельствует о более высокой чувствительности метода МРТ).

Выводы. Наиболее точно степень и объем повреждения миокарда у больных с МИтйТ выявлялись при контрастном МРТ и были наименьшими в группе пациентов, которым было выполнено первичном ЧКВ.

ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКИМ КЛИМАКСОМ

Ларёва Н.В., Пустотина З.М., Лузина Е.В.
Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель исследования: оценить показатели вариабельности ритма сердца (ВРС) у женщин в состоянии хирургической постменопаузы.

Методы исследования: Основную (1) группу составили 142 женщины, оперированные на органах репродуктивной системы и имевшие лабораторные (уровень ФСГ в крови более 30 МЕ/л) признаки дефицита эстрогенов. В группу сравнения (2) вошла 61 пациентка в состоянии естественной постменопаузы, в контрольную группу - 30 женщин с сохраненной менструальной функцией. Всем пациенткам проводилось исследование спектральных показателей ВРС на 5-минутных записях ЭКГ, полученных при помощи аппарата «Кардиотехника 4000» и временных показателей ВРС на суточных записях, выполненных на аппарате Cardiotens-01, фирмы Meditech. Результаты обработаны с использованием непараметрических статистических методов.

Результаты. У всех женщин в постменопаузе отмечалось снижение мощности спектра ВРС во всех частотных диапазонах. У пациенток 1 группы снижение общей мощности спектра было достоверно более выраженным не только по сравнению с контрольной группой (в 1,95 раза, $P<0,01$), но и по сравнению с пациентками 2 группы (в 1,3 раза, $P<0,01$). В максимальной степени было выражено снижение мощности спектра в диапазоне HF: в 5,9 раз по сравнению со здоровыми женщинами ив 2 раза по сравнению с пациентками 2 группы ($P<0,01$). Показатель LF/HF, характеризующий баланс симпатического и парасимпатического отделов ВНС, был увеличен по сравнению с контрольной группой в 1,8 раза в группе 2 ($P<0,01$) и в 2,8 раз в группе 1 ($P<0,01$). При этом у пациенток с хирургической менопаузой указанный показатель составил 156% от уровня, зарегистрированного в группе 2 ($P<0,01$), что свидетельствует о выраженной симпатотонии у данной категории больных. Нами выявлено повышение удельного вклада VLF-компонента в структуру спектра у пациенток с естественной и хирургической менопаузой на 56% и 52%, соответственно, при отсутствии достоверных межгрупповых различий, что свидетельствует об увеличении церебральных эрготропных модуляций сердечного ритма и является отражением перехода вегетативной регуляции на более низкий гуморально-метаболический уровень, который в меньшей степени способен обеспечивать адекватный гомеостазис. При проведении анализа суточной записи ЭКГ выявлено снижение показателей ВРС, характеризующих как симпатическую, так и вагусную активность, однако в максимальной степени были снижены маркеры парасимпатического тонуса в группе пациенток с хирургической менопаузой - pNN50 и rMSSD, составившие в 1 группе 19% и 45% от уровня, зарегистрированного у здоровых, и 50% и 79% от величины аналогичных показателей в группе 2, соответственно ($P<0,01$ во всех случаях).

Выводы: у женщин с хирургическим климаксом снижение спектральных и временных показателей ВРС происходило преимущественно за счет уменьшения периферических вагусных влияний и сопровождалось

увеличением относительного вклада центральных нейрогуморальных влияний при одновременном смещении вегетативного баланса в сторону преобладания активности симпатического отдела ВНС.

РЧ АБЛАЦИЯ ПОСТИНФАРКТНЫХ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ ТАХИКАРДИИ

Лебедев Д.С., Татарский Р.Б.

ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова»

Диагностическая и лечебная тактика в группе больных ИБС, осложненных желудочковой тахикардией (ЖТ), в настоящее время еще остается нерешенной проблемой.

Материалы и методы: эндокардиальное ЭФИ и катетерная аблация выполнены 64 больным. В 23 случаях картирование проводилось в условиях электроанатомической системы «Carto». Показанием к операции являлась пароксизмальная или непрерывно-рецидивирующая желудочковая тахикардия. Длительность аритмологического анамнеза составила от 2 месяцев до 3 лет (1,7±0,8 лет). Антиаритмическая терапия проводилась 3,3±1,2 препаратами без эффекта. Кордарон принимали 75% больных. Средний возраст пациентов 61±6 лет. Всего отмечено 39 морфологий ЖТ. Четверым пациентам имплантирован АИКД. Все больные основным заболеванием имели ИБС и в анамнезе инфаркт миокарда, в 7 случаях с формированием аневризмы левого желудочка. Фракция выброса ЛЖ в среднем составила 31±7%. На синусовом ритме выполнялось определение зоны медленного (фракционированного) проведения, стимуляционные приемы картирования и анатомическая «Carto» реконструкция левого желудочка. На фоне ЖТ выполнялась изохронная реконструкция заинтересованной камеры сердца, синергично со стимуляционным картированием. Средняя длительность флюороскопического времени операции составила 34,5±10 минуты. У 4 пациентов выполнялась эмпирическая аблация всех возможных кругов ри-ентри в левом желудочке (т.к. в одном случае невозможно было индуцировать ЖТ в ходе ЭФИ, а в другом документирована «быстрая» ЖТ, сопровождающаяся синкопальными состояниями и разрядами АИКД)

Конечной точкой аблации считалось невозможность индукции ни одного морфологического типа ЖТ.

Результаты: Эффективность составила 79% - устранение всех морфологических типов и 85% - устранение отдельных морфологических типов ЖТ. У 3 пациентов оказалось эффективным назначение ААП (раннее неэффективное). Сроки наблюдения составили 2-36 месяца (в среднем 19,3).

Вывод: Таким образом, катетерная аблация является максимально эффективным и безопасным методом лечения, но трудоемкой технологией интервенционного лечения пациентов, страдающих постинфарктными желудочковыми тахиаритмиями.

ОЦЕНКА ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У ЖИТЕЛЕЙ Г. ХАНТЫ-МАНСИЙСКА И РАБОТНИКОВ-ВАХТОВИКОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Лебедев И.А.[1], Аниценко Л.И.[1], Акинина Л.И.[1], Иванова Н.Е.[2]

[1] Окружная клиническая больница, г. Ханты-Мансийск, Россия,

[2] ФГУ «Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова», Санкт-Петербург, Россия.

Цель исследования: Оценить средние значения показателей липидного спектра крови у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, получавших лечение в Окружной клинической больнице г. Ханты-Мансийска. Сопоставить полученные усреднённые значения липидемических показателей среди мужчин и женщин.

Материалы и методы: Изучено состояние липидного спектра крови 421 пациента (208 мужчин и 213 женщин) в первый или второй день от начала развития мозгового инсульта или преходящего нарушения мозгового кровообращения (ПНМК), получавших стационарное лечение в Окружной клинической больнице (ОКБ) г. Ханты-Мансийска с января 2004 г. по август 2008 г. Жители города и прилегающего района составили 364 (86,5%) человека: 156 мужчин и 208 женщин. Остальные 57 (13,5%) больных (46 мужчин и 11 женщин) работали в регионе вахтовым методом, или были командированными в город из других областей Российской Федерации (РФ). Средний возраст женщин, составивший 61,7+0,8 года, достоверно превышал аналогичный показатель среди мужчин, равнявшийся 57,7+08 годам.

Результаты и обсуждение: Среднее значение общего холестерина крови (ОХС) у пациентов изучаемой категории составило 5,44+0,08 ммоль/л (n=383), усреднённый показатель липопротеидов высокой плотности

(ЛПВП) равнялся 1,11+0,03 (n=323) ммоль/л, уровень липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) соответствовал 3,53+0,07 (n=318), а триглицеридов (Тг) 1,75+0,06 (n=344) моль/л. Средний уровень ОХС среди мужчин достоверно ($p<0,05$) превышал аналогичный показатель среди женщин, а значение ЛПВП у мужской части исследуемой группы больных было достоверно ниже, чем у женской части. Сопоставление показателей ЛПНП и Тг у представителей обоего пола не дало статистически достоверных различий.

Сравнение средних значений изучаемых биохимических параметров среди пациентов, постоянно проживающих в городе и районе с аналогичными показателями больных - работников-вахтовиков, достоверных различий не выявило.

Заключение: При оценке липидного спектра крови пациентов, получавших лечение в ОКБ г. Ханты-Мансийска по поводу того или иного вида ОНМК в 2004-2008 гг. выявляются превышение всех исследуемых показателей среди изучаемой категории пациентов по сравнению с их пороговыми значениями, рекомендуемыми Всероссийским научным обществом кардиологов. Выявлены статистически достоверно более высокие значения ОХС и более низкие показатели ЛПВП у мужчин, чем у женщин.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГИСТРА ИНСУЛЬТА В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ

Лебедев И.А., Молчанова Ж.И., Тупиленко О.П.
Окружная клиническая больница, г. Ханты-Мансийск, Россия

Цель исследования: Рассчитать и оценить эпидемиологические показатели мозгового инсульта среди жителей Ханты-Мансийского автономного округа (ХМАО).

Материалы и методы: По данным регистра, проводимого на территории изучаемого субъекта Российской Федерации (РФ), население которого в 2007 г. впервые превысило 1,5 млн. человек, с 01.01. 2004 г. по 31.12. 2007 г. включительно, зарегистрировано 6515 новых случаев мозгового инсульта и 798 случаев преходящих нарушений мозгового кровообращения. Средний возраст жителей автономного округа, входящего в состав Тюменской области и расположенного в зоне Крайнего Севера равнялся 33,4 года.

Сравнение соответствующих показателей проводилось на основе расчета 95% доверительных интервалов (указаны в скобках), по методам Клоппера-Пирсона и Пуассона. Достоверность различия оценивалась по общепринятым в медико-биологических исследованиях критериям ($p<0,05$).

Результаты и обсуждение: Среднее значение стандартизованного по полу и возрасту (мировой стандарт) показателя заболеваемости инсультом за четыре года исследования равнялось 224,1 (219,6-228,6) случаев на 100 тыс. жителей в год. Заболеваемость инсультом среди мужчин, составившая 317,3 (309,8-325,0) случаев на 100 тыс., с высокой достоверностью ($p<0,005$) превышала заболеваемость среди женщин, соответствовавшей 171,4 (166,0-177,0) случаев на 100 тыс. женского населения в год.

Стандартизованный показатель смертности был равен 52,8 (39,7-69,3) случаям на 100 тыс. жителей в год. Смертность при всех видах инсульта среди мужского населения автономного округа значительно, более чем в 1,5 раза превышала такой показатель среди женского населения.

Средний возраст мужчин, перенесших мозговой инсульт равнялся 59 лет, средний возраст женщин 58 лет. Полученное соотношение числа ишемических и геморрагических инсультов 4,5:1. Частота встречаемости повторных инсультов составила 18,4% (17,5-19,5). Полушарные поражения отмечены в 66,2%, а стволовые в 13,2%, в остальных случаях локализация повреждения мозга осталась не установлена.

Заключение: Сопоставление эпидемиологических показателей мозгового инсульта в Ханты-Мансийском автономном округе с аналогичными показателями по Российской Федерации (по данным Национальной ассоциации по борьбе с инсультом за тот же промежуток времени) показало достоверно более низкие значения заболеваемости и, особенно, смертности ($p<0,05$) среди жителей изучаемого региона, что, очевидно, в большей мере связано с меньшим средним возрастом населения жителей автономного округа. Частота встречаемости повторных случаев инсульта в автономном округе ниже такой же частоты по РФ. Соотношение инфарктов мозга и нетравматических внутричерепных кровоизлияний среди жителей изучаемого региона, а так же доли полушарных и стволовых поражений сопоставимы с такими же соотношениями среди россиян.

ДИНАМИКА КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ ЗА 2004-2007 ГОДЫ (ПО ДАННЫМ ПОПУЛЯЦИОННОГО РЕГИСТРА)

Лебедев И.А.[1], Белявский А.Р. \ Акинина С.А. \ Анищенко Л.И. \ Иванова Н.Е.[2]

[1] *Окружная клиническая больница, г. Ханты-Мансийск, Россия,*

[2] *ФГУ «Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова», Санкт-Петербург, Россия.*

Цель исследования: Оценить динамику заболеваемости и смертности при мозговом инсульте среди жителей Ханты-Мансийского автономного округа.

Материалы и методы: Для расчета эпидемиологических показателей инсульта, с 2004 г. по 2007 г. включительно, на территории Ханты-Мансийского автономного округа (ХМАО) проводилось клинико-эпидемиологическое исследование методом регистра. По официальным данным среднегодовое население изучаемого субъекта Российской Федерации, входящего в состав Тюменской области и расположенного в регионе Крайнего Севера в 2007 г. впервые превысило 1,5 млн. человек. Средний возраст жителей автономного округа в том же году равнялся 33,4 года.

Результаты и обсуждение: Стандартизованный (мировой стандарт) показатель заболеваемости инсультом среди жителей изучаемого региона в 2004 г. равнялся 272,1 случаев на 100 тыс. населения, в 2005 г. - 230,3, в 2006 г., - 219,4, и в 2007 г. - 181,4 случаев на 100 тыс. жителей. Заболеваемость инсультом среди мужчин, постоянно проживающих на территории изучаемого региона, во все годы исследования достоверно ($p<0,05$) превышала аналогичный показатель среди женщин. Сравнение значений заболеваемости за каждый исследуемый год со значением данного показателя за предыдущий год выявило последовательное его снижение с наличием достоверности различия в 2005 г. и в 2007 г., и, суммарно, за четыре года исследования.

Стандартизованное значение смертности в 2004 г. равнялось 65,5 случаев на 100 тыс., в 2005 г. - 48,3, в 2006 г. - 46,4, и в 2007 г. - 51,8 случая на 100 тыс. населения в год. Смертность при всех видах инсульта среди мужского населения автономного округа в 2005 г. и в 2007 г., а так же, суммарно, за весь изучаемый период времени достоверно превышала такой же показатель среди женского населения. Сравнение значений смертности за каждый исследуемый год с таким же показателем предыдущего года не выявило достоверных различий.

Заключение: При оценке динамики основных эпидемиологических параметров мозгового инсульта среди жителей Ханты-Мансийского автономного округа в 2004-2007 гг. выявлены последовательное, достоверное снижение заболеваемости при отсутствии статистически значимых колебаний смертности.

ПЕРВИЧНЫЙ ВЫХОД НА ИНВАЛИДНОСТЬ ПО ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ В СТРУКТУРЕ ОБЩЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА

Лебедев И.А.[1], Билан Н.В.[2], Белявский А.Р.[1]

[1] *Окружная клиническая больница, г. Ханты-Мансийск, Россия,*

[2] *Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ханты-Мансийскому автономному округу - Югре, г. Ханты-Мансийск, Россия.*

Цель исследования: Рассчитать и оценить долю больных, впервые признанных инвалидами по цереброваскулярным заболеваниям (ЦВЗ) в общем числе лиц, впервые получивших группу инвалидности.

Материалы и методы исследования: На основании данных, предоставленных Главным бюро медико-социальной экспертизы по Ханты-Мансийскому автономному округу - Югре (ХМАО) по количеству больных, впервые признанных инвалидами за 2003-2007 гг. рассчитаны долевые соотношения первичного выхода на инвалидность по ЦВЗ среди первичных инвалидов по сердечно-сосудистой патологии и среди общего количества больных, впервые признанных инвалидами.

Результаты и обсуждение: Анализ структуры первичного выхода на инвалидность среди жителей ХМАО в 2003-2007 гг. показал, что, из общего числа лиц, впервые признанных инвалидами около 36,5% пациентов получают впервые группу инвалидности по сердечно-сосудистой патологии. Среди жителей автономного округа, впервые получивших группу инвалидности по заболеваниям сердца и сосудов, около 33,0% составили больные с цереброваскулярной патологией. Доля пациентов впервые признанных инвалидами по ЦВЗ в общем количестве впервые признанных инвалидами равнялась 12,1%. Сравнивая полученную частоту первичного выхода на инвалидность по ЦВЗ в ХМАО с аналогичным показателем по г. Москве, составившим 9,8% в 2000 г., выявляются их близкие значения.

Среднее значение показателя первичной инвалидности по автономному округу за исследуемое пятилетие составило 43,0 случаев на 100 тыс. населения в год. Аналогичный показатель за 1995-1999 гг., согласно результатам ранее проведённого исследования, равнялся 34,9 случаев на 100 тыс. жителей в год. По данным, опубликованным в приказе МЗ РФ № 25 от 25.01.1999 средний уровень первичной инвалидности в последние годы предыдущего десятилетия соответствовал 32,0 случаям на 100 тыс. жителей в год.

Заключение: Каждый третий впервые признанный инвалидом житель Ханты-Мансийского автономного округа в 2004-2007 гг. является инвалидом по сердечно-сосудистому заболеванию, что является относительно высоким показателем, учитывая средний возраст жителей округа. Приблизительно восьмую часть от общего количества лиц, впервые признанных инвалидами составляют пациенты с цереброваскулярными заболеваниями.

Уровень инвалидности при цереброваскулярных заболеваниях в изучаемой популяции повысился за последние десять лет примерно на 20 %.

РАННЯЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ МОЗГОВОМ ИНСУЛЬТЕ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА

Лебедев И.А.
Окружная клиническая больница, г. Ханты-Мансийск, Россия

Цель исследования: Рассчитать и оценить раннюю летальность при мозговом инсульте среди жителей Ханты-Мансийского автономного округа (ХМАО).

Материалы и методы исследования: Под ранней летальностью понимают долю случаев (%) инсульта с летальным исходом в течение двадцати восьми дней с начала заболевания от общего количества инсультов, зарегистрированных в течение года.

Согласно данным регистра, проводимого на территории ХМАО с 2004 г. по 2007 г. среди жителей изучаемого субъекта Российской Федерации (РФ) с численностью населения около 1,5 млн. человек и средним возрастом жителей 33,4 года, было зарегистрировано 6515 новых случаев мозгового инсульта. В 1466 случаях имелся летальный исход в остром периоде заболевания.

Сравнение значений соответствующих показателей проводилось на основе расчета 95% доверительных интервалов (указаны в скобках), по методам Клоппера-Пирсона и Пуассона. Достоверность различия сравниваемых показателей оценивалась по общепринятой в медико-биологических исследованиях методике ($p<0,05$).

Результаты и обсуждения: Ранняя летальность при инсульте среди жителей ХМАО составила в 2004 г. - 23,1%, в 2005 г. - 19,7%, в 2006 г. - 20,2%, а в 2007 г. - 26,9%. Среднее значение летальности за исследуемый промежуток времени среди жителей автономного округа равнялось 22,4% (21,3-23,3). Статистический анализ выявил достоверный рост показателя летальности в остром периоде мозгового инсульта за исследуемое четырёхлетие.

Летальность среди мужчин в 2004 г. составила 20,6%, в 2005 г. - 19,5%, в 2006 г. - 20,1%, в 2007 г. - 26,4%. Усреднённый показатель летальности в остром периоде инсульта у мужского населения автономного округа соответствовал 21,4%. При оценке динамики летальности среди мужчин за четыре года исследования выявлен достоверный рост данного показателя.

Значение летальности в остром периоде инсульта среди женщин составило в 2004 г. 26,2%, в 2005 г. - 20,0%, в 2006 г. - 20,4%, в 2007 г. - 27,6%. Средний показатель летальности у женского населения был равен 23,5%. Статистический анализ не выявил достоверной динамики изучаемого показателя среди женщин за весь период исследования.

Сопоставление среднего значения ранней летальности при мозговом инсульте в изучаемой популяции с аналогичным показателем по РФ, равнявшимся, по данным Национальной ассоциации по борьбе с инсультом в этот же промежуток времени 35,4% (34,5-36,3) показало достоверно более низкое значение данного показателя среди жителей автономного округа.

Заключение: Средний уровень ранней летальности при мозговом инсульте среди жителей Ханты-Мансийского автономного округа в 2004-2007 гг. был достоверно ниже, чем аналогичный показатель по Российской Федерации, при этом выявлено достоверное повышение данного показателя за исследуемый промежуток времени.

Учитывая статистически значимое снижение заболеваемости инсультом за исследуемый промежуток времени, при увеличении частоты летальных исходов в остром периоде заболевания, можно предположить увеличение доли тяжёлых мозговых инсультов среди жителей автономного округа.

ЭФФЕКТ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В ОТНОШЕНИИ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА, ПЕРЕНОСИМОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ, ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГАЗООБМЕНА И ВЫРАЖЕННОСТИ СИНДРОМА ЦИКЛИЧЕСКОГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ СИСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Лелявина Т.А., Трукшина М.А., Ситникова М.Ю., Лебедев Д.С.
ФГУ ФЦСКЭ им В.А. Алмазова

Актуальность. У 30-50% больных тяжелой хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в покое и при физической нагрузке (ФН) диагностируется синдром циклического дыхания (СЦД) - разновидность дыхания Чейна-Стокса. Наличие СЦД сопряжено с повышенным риском развития нарушений ритма, внезапной смерти.

Цель исследования. Изучить эффект сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ) в отношении сократительной функции миокарда, переносимости ФН, показателей газообмена, выраженности СЦД у больных тяжелой систолической ХСН в ранние (3-6 месяцев) сроки после имплантации бивентрикулярного электрокардиостимулятора (БВЭКС).

Материалы и методы. В исследование включено 9 мужчин с ХСН III-IV ФК и СЦД. Средний возраст больных составил, 53±7 лет, фракция выброса левого желудочка (ФВлж) - 21±5%,. В ходе кардиореспираторного теста (КРТ) оценивались показатели вентиляции, газообмена в покое и при выполнении ФН с использованием аппаратуры для эргоспирометрических исследований «Oxycon Pro» до оперативного вмешательства и через 3-6 месяцев выполнения СРТ. Выраженность СЦД определялась по величине амплитуды колебаний показателей вентиляции и газообмена: частоты дыхательных движений (ЧДД), вентиляции (V_E), отношения «мертвого» пространства к дыхательному объему (V_d/V_t), объема поглощения кислорода (VO_2), парциального напряжения углекислоты в конечной порции выдоха ($PETCO_2$) в процентах по отношению к средним значениям данных показателей. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ «Statistika, 6.0».

Результаты. До выполнения СРТ у пациентов в покое и при ФН регистрировались колебания ЧДД, V_E, V_d/V_t, VO_2, $PETCO_2$ с амплитудой 30±12% по отношению к средним значениям. VO_2peak составил, в среднем по группе 10,5±1,2 мл/мин/кг. Максимальная мощность ФН - 35±12 Вт. Через 3-6 месяцев после имплантации БВЭКС оценивалась ФВлж и выполнялся повторно КРТ. ФВлж после операции составила, в среднем, 23±7%, что недостоверно отличается от исходных значений - 21±5%, $p>0,05$. VO_2peak после СРТ составил, в среднем 12±1,5 мл/мин/кг, что также недостоверно отличалось от исходных значений - 10,5±1,2, $p>0,05$. Мощность выполненной нагрузки составила 50±10 Вт, что достоверно превзошло первоначальные показатели, $p<0,05$. Амплитуда колебаний ЧДД, V_E, V_d/V_t, VO_2, $PETCO_2$ значительно снизилась и составила, в среднем, 10±7%, что достоверно отличается от исходных значений - 30±12%, $p<0,05$.

Выводы: В ранние сроки после выполнения СРТ у больных с тяжелой ХСН и СЦД наблюдается тенденция к улучшению сократительной способности миокарда, переносимости ФН, повышению поглощения кислорода на пике ФН. Выраженность СЦД достоверно уменьшается уже через 3-6 месяца после имплантации БВЭКС.

ПРИМЕНЕНИЕ ФОНДАПАРИНУКСА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ НА ФОНЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Липченко А.А., Климкин А.А., Леухненко И.Н., Дрозд А.В., Топоркова М.Г.
ГОУ ВПО УГМА Росздрава,
Медицинское объединение «Новая больница», Екатеринбург, Россия.

Цель исследования: оценка эффективности и безопасности применения синтетического пентасахарида фондапаринукса у пациентов с ишемическим инсультом, возникшим не фоне фибрилляции предсердий.

Материалы и методы: проанализированы результаты лечения фондапаринуксом 26 пациентов в возрасте от 50 до 88 лет (средний возраст 67,2 года), мужчин 6, женщин 20. У 20 пациентов ишемический инсульт развился впервые, а у 6 был повторным (предыдущий ишемический инсульт также возник на фоне фибрилляции предсердий). Ни один из пациентов не принимал варфарин, аспирин принимали 18 больных. У всех пациентов фибрилляция предсердий была неревматической этиологии, у 20 имела место артериальная гипертензия, 12 - ишемическая болезнь сердца, у 16 - хроническая сердечная недостаточность I - III функционального класса по NYHA. Ишемический характер инсульта верифицирован с помощью МРТ. Уровень артериального давления у пациентов, включённых в исследование, не превышал 160/90 мм.рт.ст. По шкале CHADS2 количество баллов колебалось от 4 до 6 (в среднем 4,5).

Фондапаринукс назначался подкожно 2,5 мг 1 раз в сутки, длительность терапии составляла от 5 до 10 дней.

Варфарин назначался с 3 - 4 суток после развития ишемического инсульта. Фондапаринукс отменялся при достижении целевого МНО (2 - 3).

Оценивалось клиническое течение ишемического инсульта с использованием шкалы Глазго и степени парезов конечностей в динамике.

Анализировались в динамике креатинин, АСТ, АЛТ, билирубин, эритроциты, гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, коагулограмма. Всем пациентам выполнялась трансторакальная Допплер-эхокардиография, а 7 - чреспищеводная эхокардиография (в 4 случаях обнаружены тромбы в ушке левого предсердия).

Результаты исследования: летальных исходов в анализируемой группе не было. У всех больных наблюдалась положительная динамика течения заболевания. Геморрагические осложнения ни у одного из пациентов не отмечались, отсутствовала тромбоцитопения, нарастания креатинина, АСТ, АЛТ не наблюдалось.

Выводы: применение фондапаринукса у больных с ишемическим инсультом, развившимся на фоне фибрилляции предсердий, характеризуется высокой безопасностью и эффективностью.

При переводе с фондапаринукса на варфарин во всех случаях удалось добиться целевого МНО при отсутствии каких-либо геморрагических осложнений.

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С

Лымарь Ю.В., Крутиков А.Н., Нифантов С.Е., Антонова Т.В., Гудкова А.Я., Шляхто Е.В.
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова

Цель исследования: оценить структурные и гемодинамические характеристики сердечно-сосудистой системы (ССС) у больных хроническим гепатитом С (ХГС) по данным эхокардиографического (ЭхоКГ) исследования.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 57 больных ХГС в возрасте от 19 до 48 лет (средний возраст - 33,4 лет), с предполагаемой продолжительностью инфицирования от 1 до 16 лет (в среднем 4,6 лет).

Диагноз ХГС был установлен на основании клинико-эпидемиологических и биохимических данных, подтвержденных обнаружением в крови НСУАЪ и RNA-HCV. Преобладали 3а (45,6%) и 1b (31.6%) генотипы вируса. Инструментальное исследование ССС включало ЭхоКГ (М-модальный, двумерный и допплеровский режимы). Из исследования исключены лица с отягощенной наследственностью и с сопутствующими заболеваниями со стороны ССС, а также положительными маркерами аутоиммунного поражения печени.

Группу сравнения составили 12 практически здоровых людей, сопоставимых по антропометрическим данным с больными ХГС.

Результаты. У 26 пациентов (45,6%) были выявлены изменения следующих ЭхоКГ показателей: индекса объема полостей левого (ИЛП) и правого предсердия (ИПП), индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), фракции выброса (ФВ), систолического давления в легочной артерии (СДЛА) и диастолической функции левого желудочка (ДФЛЖ).

У 20 больных ХГС выявили повышение ИЛП, который составил 31,4±0,8 мл/м, при значении 25,6±1,1 мл/м в группе сравнения ($p<0,001$), что свидетельствует о дилатации левого предсердия. В 9 случаях наблюдали небольшую дилатацию правого предсердия (ИПП колебался от 29 до 37 мл/м^2). У 13 из 26 больных ХГС выявлены признаки гипертрофии левого желудочка: ИММЛЖ у 11 мужчин составил 127,8±2,7 г/м^2, у двух женщин - 95 и 96 г/м^2. В двух случаях ХГС были обнаружены нарушения ФВ и ДФЛЖ.

У 22,8% пациентов показатель СДЛА был повышен, в среднем составил 31,4 ±1,2 mmHg. У больных ХГС изменения изученных параметров встречались чаще, чем в группе сравнения (табл.1).

Таблица 1.
Изменения показателей ЭхоКГ у больных ХГС и группы сравнения

	ИЛП т	ИПП т	ИММЛЖ т	ФВ 4	СДЛА Т	ДФЛЖ
Больные ХГС (n=57)	20 (35,1%)	9 (15,8%)	13 (22,8%)	2 (3,5%)	13 (22,8%)	2 (3,5%)
Группа сравнения (n=12)	2 (16,6%)	1 (8,3%)	2 (16,6%)	0	2 (8,3%)	0

Важно, что у 12,3% больных ХГС найдено изменение двух, у 5,3% - четырех и более параметров ЭхоКГ (рис.1).

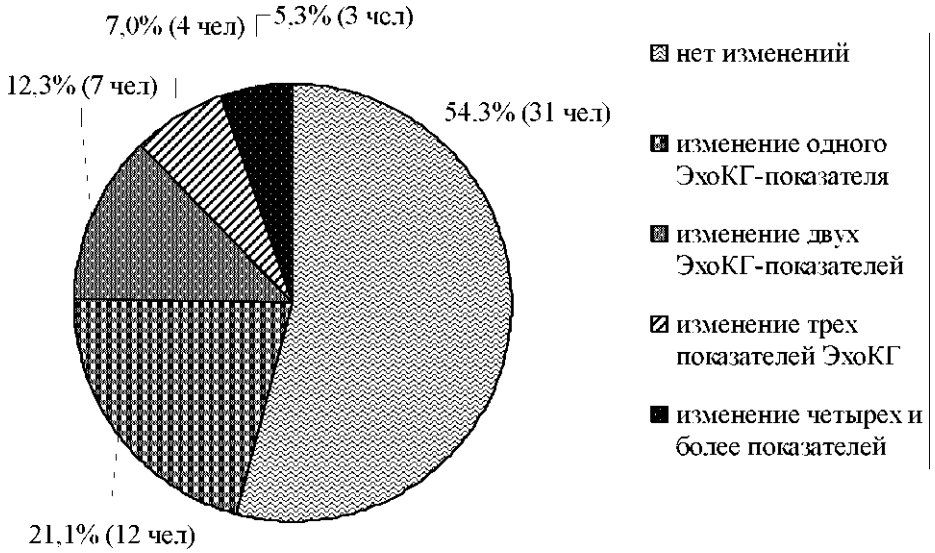


Рисунок 1. Характеристика показателей ЭхоКГ у больных ХГС

Выводы. Нами получены данные, указывающие на изменение структурных (расширение и гипертрофия полостей сердца) и гемодинамических (повышение систолического давления в легочной артерии) показателей сердечно-сосудистой системы на фоне текущей HCV-инфекции, что требует дальнейшей оценки и более детального изучения.

МАРКЕРЫ ВТОРИЧНЫХ МИТОХОНДРИАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Маевская Е.Г., Никитина В.В., Жлоба А.А.

ГОУ ВПО СПбГМУ им. акад.И.П.Павлова Росздрава, отдел биохимии НИЦ, Санкт-Петербург, Россия

Больным с васкулярными нарушениями недостаточно проводить только неврологическое и нейропсихологическое исследования для изучения патогенетических механизмов формирования неврологических расстройств.

Цель: провести сравнительный анализ значений биохимических показателей у пациентов с сосудистыми заболеваниями центральной нервной системы, страдающих интеллектуально-мнестическими расстройствами различной степени тяжести.

Материалы и методы: В настоящее исследование были включены 22 пациента, сочетающих нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы с характерными нарушениями липидного обмена и центральной нервной системы. Диагнозы заболеваний у пациентов были верифицированы клинически и с помощью методов нейровизуализации: магнитно-резонансной или/и компьютерной томографии головного мозга. Дополнительно выполнялись рентгенологические исследования, ультразвуковая диагностика брахиоцефальных артерий, транскраниальная допплерография. 20 здоровым исследованным проводился анализ коагулографических показателей, глюкозы, общего холестерина, липидограммы в плазме крови. Общий гомоцистеин в плазме крови анализировался с помощью ВЭЖХ-анализа, анализ уровня лактата а плазме крови проводился с помощью спектрофотометрического метода в нашей модификации. Тест на лактат, с иновационной пробоподготовкой. Кроме того, он более прост, требует значительно меньшего количества реагентов и времени для выполнения. Осуществление теста на лактат в плазме крови вместе с пробоподготовкой затрачивается 30-40 минут, вместо 3 часов. Это делает методику удобной для реализации в клинико-диагностических лабораториях с использованием биохимического анализатора.

Результаты и выводы: В неврологическом статусе пациентов преобладали синдромы поражения высших мозговых функций, пирамидной недостаточности, мозжечковой атаксии, корешковых синдромов. Начальные и умеренные проявления деменции наблюдались у всех пациентов. По результатам MMSE уровень интеллекта в баллах - 25,2±4,9 ($p<0,01$). Регистрировалось умеренное повышение уровня лактата до 0,85±0,4 ммоль/л ($p<0,001$) и показателей липидограммы. Повышение уровня лактата в покое у пациентов может расцениваться в

качестве системного проявления вторичной митохондриальной дисфункции. Стойкое развитие которой сопровождалось также в некоторых случаях повышением уровня пирувата. Из числа обследованных пациентов только в нескольких случаях отмечено отсутствие гипергомоцистеинемии. Нами были также выявлены признаки вторичной митохондриальной дисфункции наряду с нарушениями липидного обмена и расстройствами интеллекта, зависящими от тяжести дисциркуляторной энцефалопатии.

ВЛИЯНИЕ УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ НА ГЕМОДИНАМИКУ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ Q-ИНФАРКТА МИОКАРДА

Максимов А.И., Рябов В.В., Марков В.А
ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования. Оценить влияние усиленной наружной контрпульсации (УНКП) на гемодинамику у больных острым Q-инфарктом миокарда (ИМ) и его клиническое течение.

Методы исследования. Проведено открытое, контролируемое, нерандомизированное исследование методом групп параллельного сравнения. Объектом исследования были пациенты с острым Q-ИМ, госпитализированные в течение 12 часов от начала заболевания. В течение 7 суток пациенты основной группы ежедневно получали УНКП по 30 мин. Первый сеанс проводился в течение 24 часов от поступления в БИТ. Непосредственно перед сеансом и через 5 мин. после выполнялась эхокардиография (ЭХОКГ) и неинвазивное измерение АД и ЧСС. На 3-и, 7-е, 21-е сутки проводилась повторная ЭХОКГ в обеих группах. Статистические данные представлены в виде M ±SD; n(%); Me(25%; 75%). Проверку на нормальность распределения данных проводили с помощью критерия Шапиро-Вилка. Проверку достоверности различий оценивали с помощью t-критерия Стьюдента и критерия Манна-Уитни. В основную группу включено 22 больных, в контрольную 26. Обе группы представлены пожилыми пациентами с высоким значением риска TIMI госпитальной смертности и значительной площадью поражения миокарда и были сопоставимы по возрасту, полу и основным критериям на момент включения, а также по проводимой стандартной терапии в ходе исследования. УНКП была начата у 22 человек, полный семидневный курс терапии УНКП получили 17 человек.

Результаты. УНКП не приводила к статистически значимому увеличению средних значений ЧСС, САД и ДАД от исходных. По данным ЭХОКГ через 5 мин. от УНКП отмечалось увеличение средних значений фракции выброса (52,2±6,5-56±8°/**о),** ударного объема (51±11—56±12мл), МОК (3654±1007—4048±914мл) и СИ (2,1±0,6—2,4±0,5л/мин), p>0,05. В обеих группах отмечено увеличение исходных средних ФВ, УО, МОК, СИ к концу исследования, p>0,05. Между группами было выявлено различие по ФВ и ЧСС на 3 сутки исследования, 53,8±10,1% и 66±9 в мин. в группе УНКП, 48±8,2% и 75±15 в мин. в группе контроля, p<0,05. К 21-м суткам в группе контроля было выявлено значимое прогрессирование диастолической дисфункции, в основной группе такого ухудшения не зарегистрировано, p<0,05. По остальным параметрам достоверных различий не выявлено. Между группами не было статистически значимых различий по частоте основных осложнений ИМ. Однако в контрольной группе достоверно чаще были случаи соматогенного делирия 6(23%) и пневмонии 3(12%). Уровень летальности в основной группе составил 3(13,6%), в контрольной 2(7,7%), p>0,05.

Выводы. Метод УНКП достаточно безопасен для применения в остром и подостром периоде Q-ИМ. Группа УНКП характеризовалась лучшими показателями систолической функции в остром периоде Q-ИМ и показателями диастолической функции в подостром периоде. В контрольной группе чаще встречались психические осложнения и внутригоспитальные пневмонии. Необходимо продолжение клинических испытаний, оценивающих влияние УНКП на течение Q-ИМ.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ СЕРДЦА В ПОПУЛЯЦИИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Малев Э.Г. \ Реева С.В. [", 1 2], Тимофеев Е.В. [1 2], Земцовский Э.В. [1, 2]
[1] - Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова,
[2] Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия Санкт-Петербург.

Цель исследования: оценить распространенность малых аномалий сердца (МАС) в популяции лиц молодого возраста.

Материалы и методы: было обследовано 204 практически здоровых лиц молодого возраста - студентов третьего курса СПбГПМА. Средний возраст составил 20,1±1,6 лет. 69% обследованных были девушки, 31% - юноши. Всем лицам проводилось антропометрическое и фенотипическое обследование с целью выявления

внешних признаков дисплазии соединительной ткани и эхокардиография в 2D, допплеровском и цветном М-режиме (Vivid 7 Dimension, General Electric, матричный фазированный датчик 3.5 МГц) с целью выявления МАС.

Результаты и обсуждение: наиболее распространенными малыми аномалиями сердца были ложные хорды (ЛХ) и добавочные папиллярные мышцы (ПМ) - 78% и 38%, соответственно. Менее распространенными - повышенная трабеклярность ПЖ - 29%, удлинение передней створки митрального клапана (МК) - 28%, асимметрия смыкания полулуний трехстворчатого аортального клапана (АТАК) - 22%, пролапс трикуспидального клапана (ТК) - 22%, расширение нижней полой вены - 19%, аневризма межпредсердной перегородки (АМПП) - 11%. С наименьшей частотой (< 10%) встречались такие МАС, как пролапс МК (менее 3 мм) - 10%, расширение легочной артерии (ЛА) - 6%, повышенная трабекулярность правого желудочка (ПЖ) - 4%, пограничо узкая аорта 1% и открытое овальное окно (ООО) - 1%. Общее число МАС у обследованных варьировало от нуля до восьми. Распределение количества МАС в популяции соответствовало нормальному (критерий Колмогорова-Смирнова: $p<0,01$). Чаще всего у обследованных выявлялись две или три МАС. Было выполнено гауссово определение интервала нормы (среднее ±1,96 стандартных отклонения / 2,8±2,96) для количества МАС. Он составил от 0 до 5,8 МАС. Таким образом, количество МАС шесть и более можно считать отклонением от нормы. Таковых из всех обследованных оказалось всего 10 человек (4,9%), из них - 5 юношей и 5 девушек.

Для анализа взаимосвязи различных МАС нами был выполнен кластерный анализ (методом joining/tree clustering), который позволил сгруппировать наиболее близкие малые аномалии. В одних и тех же кластерах оказались сходные по происхождению и локализации аномалии, например ООО и АМПП; пролапс МК и ТК; удлинение створок МК и ТК; АТАК и пограничо узкая аорта.

Заключение: общее количество МАС шесть и более можно считать отклонением от нормы. В тоже время, большая распространенность ряда МАС в неотобранной популяции лиц молодого возраста, вероятно, требует изменения подхода к ним и отнесения их к варианту нормы. Наличие самостоятельного клинического значения у таких МАС как ООО и АМПП делает необходимым выполнение дальнейших диагностических и лечебных манипуляций.

ОЦЕНКА РАДИАЛЬНОЙ И ЦИРКУМФЕРЕНТНОЙ ДЕФОРМАЦИИ МИОКАРДА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Малев Э.Г.[1], **Реева С.В.**[1,2], **Тимофеев Е.В.**[1,2], **Земцовский Э.В.**[1,2]

[1] - *Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова,*

[2] - *Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург.*

Деформация (strain, Д) и скорость деформации (strain rate, СД) миокарда, при ряде ограничений, дает ценную информацию о региональной функции миокарда. Деформация миокарда в систолу, обусловленная сокращением саркомеров, приводит к уменьшению объема полости левого желудочка и состоит из трех составляющих: продольного укорочения, циркумферентного укорочения и радиального утолщения. В ряде популяционных исследований были определены нормальные значения продольной Д и СД миокарда левого желудочка (ЛЖ). Однако, имеются лишь единичные исследования, в которых оценивались систолическая радиальная и циркумферентная деформация.

Цель исследования: определить нормальные значения радиальной и циркумферентной Д и СД миокарда в популяции лиц молодого возраста.

Материалы и методы: было обследовано 204 практически здоровых лиц молодого возраста - студентов третьего курса СПбГПМА. Средний возраст составил 20,1±1,6 лет, 69% девушек. Радиальная и циркумферентная Д и СД оценивались в трех парастернальных сечениях по короткой оси на базальном, срединном и верхушечном уровнях, с помощью методики spackle tracking (Vivid 7 Dim, EchoPAC'06, GE), при частоте кадров 50-55/сек.

Результаты и обсуждение: Из 3168 проанализированных сегментов ЛЖ, лишь в 2357 (74,4%) была возможна приемлемая оценка деформации миокарда. В базальном переднем сегменте циркумферентная Д и СД составили -16,1±2,6% и -1,3±0,31/с, а радиальная -52,7±15,2% и -2,0±0,3/с, соответственно. В базальном боковом -15,8±4,0%, -1,4±0,35/с, 54,0±18,7%, 2,0±0,8, в заднем -15,2±5,2%, -1,5±0,34/с, 57,8±21,2%, 2,4±0,9/с; нижнем -19,4±3,3%, -1,2±0,25/с, 60,1±19,5%, 2,5±0,8/с; нижнеперегородочном (НП) -20,6±2,1%, -1,5±0,18/с, 56,2±17,5%, 2,1±0,9/с; переднеперегородочном (ПП) -19,4±1,6%, -1,6±0,27/с, 51,8±15,0%, 1,9±0,6/с. На срединном уровне: в переднем сегменте -17,4±3,5%, -1,3±0,39/с, 64,2±19,4%, 1,8±0,2/с,; в боковом -16,8±5,6%, -1,3±0,55/с, 65,4±20,1%, 1,8±0,3/с; заднем -22,5±8,1%, -1,4±0,5/с, 67,0±19,4%, 1,8±0,3/с; нижнем-23,2±5,4%, -1,6 ±0,36/с, 61,4±20,1%, 1,7±0,2/с; НП -23,2±4,8%, -1,6±0,21/с, 56,8±14,6%, 1,7±0,1/с; ПП -21,2±4,2%, -1,5±0,18/с, 59,8±14,1%, 1,7±0,2/с. В верхушечном переднем сегменте -18,7±7,7%, -1,4±0,22/с, 48,1±4,8%, 1,4±0,3/с; боковом

-19,5±4,1%, -1,5±0,47/с, 57,3±3,3%, 1,6±0,4/с; нижнем -19,0±1,1%, -1,4±0,27/с, 63,6±3,6%, 1,5±0,5/с, и перегородочном -20,2±4,8%, -1,4±0,22/с, 40,2±9,9%, 1,2±0,5/с.

Таким образом, мы видим типичную разницу Д и СД между базальными, срединными и верхушечными сегментами, с максимальными значениями в срединных сегментах. Также следует отметить, что циркумферентная Д и СД были незначимо (p>0,05) ниже в переднем и боковом сегментах ЛЖ.

Заключение: нами получены референсные значения радиальной и циркумферентной Д и СД миокарда для лиц молодого возраста, на которые мы сможем ориентироваться в дальнейших исследованиях.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ ПРИ «МАЛЫХ» ФОРМАХ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА ПОСЛЕ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ ПЕНТОКСИФИЛЛИН

Малышкина А.И., Анциферова Ю.С., Шаалали Ю.С.
ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова Росмедтехнологии», г. Иваново, Россия

Цель: Обосновать возможность применения препарата Пентоксифиллин в комплексном лечении бесплодия у женщин с «малыми» формами наружного генитального эндометриоза на основании его влияния на синтез и продукцию цитокинов IL-4, IL-5, IL-6. Материалы и методы: Было проведено обследование 70 женщин с бесплодием, обусловленным «малыми» формами наружного генитального эндометриоза, поступивших на оперативное лечение (основная группа). Контрольную группу составили 30 здоровых женщин с ненарушенной репродуктивной функцией. В дальнейшем обследованные нами женщины были разделены на две подгруппы в зависимости от ведения послеоперационного периода. В лечение женщин 1-й подгруппы (30 пациенток) был включен Пентоксифиллин, по 100 мг в сутки в течение первых пяти дней послеоперационного периода внутривенно капельно, затем per os 800 по мг/сут еще в течение 5 дней. 40 женщин получали после лапароскопии только традиционную (антибактериальную и обезболивающую) терапию (2-я подгруппа). Динамическое наблюдение за репродуктивной функцией пациенток осуществляли в течение 1 года.

Материалом для исследования служила периферическая кровь. Иммунологическое обследование проводилось дважды - до оперативного лечения и спустя 1 месяц после лечения. Содержание IL-4 и IL-6 в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа. Уровень экспрессии мРНК IL-4, IL-5 и IL-6 периферическими лимфоцитами оценивали методом количественной полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени.

Результаты. Было установлено, что для женщин с бесплодием при наружном генитальном эндометриозе было характерно усиление экспрессии мРНК IL-4, IL-5 и IL-6 лимфоцитами периферической крови при повышении сывороточного содержания IL-4 и IL-6. У женщин, получавших в послеоперационном периоде Пентоксифиллин, значительно снижалась экспрессия мРНК IL-4, IL-5 и IL-6, а также снижалось сывороточное содержание IL-4. У женщин, получавших в раннем послеоперационном периоде традиционную терапию, мы отмечали только снижение изначально повышенной экспрессии мРНК IL-5 и IL-6 периферическими лимфоцитами. Нормализация показателей гуморального звена иммунитета у женщин с эндометриозом и бесплодием после лечения Пентоксифиллином сочеталась с выраженным клиническим эффектом препарата в отношении восстановления репродуктивной функции пациенток. У женщин, применявших Пентоксифиллин, с большей частотой отмечалось наступление беременности в течение первого года после проведения лечения (36,7%), чем у женщин, получавших традиционное лечение в раннем послеоперационном периоде (20%). Заключение.

Таким образом, Пентоксифиллин способствует нормализации синтеза цитокинов Th2 типа в раннем послеоперационном периоде у бесплодных женщин с эндометриозом, что способствует восстановлению репродуктивной функции пациенток с «малыми» формами наружного генитального эндометриоза.

ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ ЕСТЕСТВЕННЫХ КИЛЛЕРОВ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ЖЕНЩИН С КОЛЬПОСКОПИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ АТИПИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Малышкина А.И., Андреева Т.С., Сотникова Н.Ю., Васильева И.А.

ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н.Городкова Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи», Иваново, Россия

Известно, что патогенез эпителиальных дисплазий шейки матки связан с нарушением функции иммунной системы. Доказано, что высокоонкогенные типы 16 и 18 вирусов папилломы человека способны приводить к развитию эпителиальных дисплазий шейки матки. Исследования иммунного статуса женщин с кольпоскопическими признаками атипии шейки матки, особенно сочетающейся с генитальной папилломавирусной инфекцией (ПВИ), привлекают внимание многих исследователей. Показано, что ПВИ в ряде случаев протекает без клинических признаков патологических процессов на шейке матки, более того, возможно и ее самопроизвольное излечение, что требует поиска новых механизмов патогенеза. Клеточный иммунитет является наиболее важным звеном иммунной системы, конституционально предназначенным для элиминации клеток-мишеней, несущих признаки генетической чужеродности, к которым можно отнести как вирус-инфицированные, так и опухолево-измененные клетки. Популяция CD16+ лимфоцитов (естественные киллеры - ЕК), относящаяся к врожденному звену клеточного иммунитета, способна без предварительной сенсибилизации лизировать клетки-мишени и продуцировать ряд цитокинов, опосредующих вовлечение адаптивного иммунитета.

Целью исследования было оценить содержание CD16+ лимфоцитов в периферической крови женщин репродуктивного возраста с кольпоскопическими признаками атипии шейки матки. Всего было обследовано 42 женщины. Из них у 12 женщин на момент обследования имелись кольпоскопические признаки атипии шейки матки в сочетании с верифицированным диагнозом ПВИ, у 15 женщин кольпоскопические признаки атипии шейки матки не сочетались с ПВИ, в группу контроля вошли 15 здоровых женщин с интактной шейкой матки. Материалом для исследования служила периферическая кровь. Иммунологическое обследование включало определение относительного содержания CD16+ лимфоцитов методом проточной цитометрии. Диагностика папилломавирусной инфекции осуществлялась методом полимеразной цепной реакции в мазках из цервикального канала.

Установлено, что в периферической крови женщин с атипией шейки матки и генитальной ПВИ, содержание CD16+ лимфоцитов было достоверно выше, чем у женщин с интактной шейкой матки. Следует отметить, что в группе женщин с атипией шейки матки, но без генитальной ПВИ содержание CD16+ клеток было достоверно выше такового у здоровых доноров, но незначительно ниже, чем в группе женщин с атипией шейки матки, сочетающейся с генитальной ПВИ.

Полученные нами результаты показали, что у женщин с кольпоскопическими признаками атипии шейки матки, уровень ЕК выше, чем у здоровых доноров, что может свидетельствовать о важной роли ЕК в патогенезе цервикальной атипии и усилении цитолитических реакций у изучаемого контингента пациенток независимо от наличия у них генитальной ПВИ.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА. ЗАКОНОМЕРНОСТИ И МЕХАНИЗМЫ РЕГУЛЯЦИИ

Мамонтов О.В., Сазонова Ю.В., Конради А.О., Шляхто Е.В.

Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Увеличение сердечного индекса после трансплантации сердца (ТС) не сопровождается полным исчезновением хронической сердечной недостаточности (ХСН). Вероятно, это связано с несовершенством регуляции кровообращения, связанной с денервацией сердца.

Цель. Оценить изменения демпферных свойств сердечнососудистой системы в ранний период после трансплантации сердца.

Пациенты и методы: Обследовано 5 пациентов с ИБС, кардиомегалией, хронической сердечной недостаточностью III-IV функционального класса, фракцией выброса 18.4±3.7%. Трое из них обследовано до и через 1 месяц после ТС.

Всем пациентам до и после ТС проводилась оценка автономной регуляции кровообращения посредством тилт-тест по 10-минутному протоколу и пробы Вальсальвы. Параметры гемодинамики регистрировались

финапресс методом с помощью beat-to-beat монитора АД Finomter-Pro с последующим расчетом параметров вариабельности артериального давления и индекса Вальсальвы.

Результаты: Через месяц операции фракция выброса составила 69.3±2.9%. В ходе обследования было выявлено, что у пациентов после ТС толерантность к ортостазу не снижается. Динамика артериального давления до и после ТС в ортостазе составили: систолического - 6.2±8.5 и 1.7±6.3 mm Hg, $p>0.05$, диастолического 2.7±7.9 и 3.1±6.4 mm Hg, $p>0.05$. Вместе с тем, несмотря на малое число наблюдений, выявлено, что после ТС вариабельность артериального давления (ВАД) значимо изменилась. В сверхнизкочастотном диапазоне (VLF) стала существенно ниже: 53.3±32.4 и 12.0±3.3 mm Hg^2, тогда как в высокочастотном диапазоне (HF), наоборот - значительно выше: 4.9±2.8 и 14.3±3.7 mm Hg^2. При этом в ортостазе ВАД в HF диапазоне у больных после ТС нарастала больше: на 1.1±2.1 и на 7.8±7.7 mm Hg^2 , $p<0.05$.

Выявленные изменения у больных после ТС сочетались с инверсией реакции ритма в третью фазу маневра Вальсальвы. У послеоперационных больных на фоне снижения АД отмечалось уменьшение ритма сердца на -0.092±0,07сек, а не его увеличение, как у больных до операции (на 0.31±0.22 сек), $p<0.01$.

Заключение: таким образом, отсутствие нейрогенной регуляции ритма в ранний период после ТС приводит к парадоксальным его изменениям в ответ на дыхательные движения, что, вероятно, и обуславливает увеличение вариабельности АД связанной с колебаниями венозного возврата в ответ на дыхательные движения.

ОСОБЕННОСТИ КАРДИАЛЬНОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ. ВАЗОМОТОРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И КОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Мамонтов О.В., Короткова О.Е., Зеленина Т.А., Конради А.О., Шляхто Е.В.

Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Синдром диабетической стопы (СДС) - осложнение диабета, связанное с нарушением трофики тканей, в результате как макро, так и микроангиопатии. Тесная связь вазомоторных расстройств с развитием микроангиопатии и медиокальциноза позволяет рассматривать нарушение автономной регуляции как вероятный инициальный фактор трофических расстройств у пациентов в отсутствии ишемии нижних конечностей.

Цель: оценить особенности нарушений автономной регуляции у больных с синдромом диабетической стопы.

Материалы и методы: В исследование включено 174 больных с сахарным диабетом 1/2 типа (23/151). Все пациенты имели комбинированную кардиальную автономную нейропатию, выявленную на основании положительного ответа как минимум одного из двух парных тестов, отражающих хронотропную и вазомоторную регуляцию.

Пациенты были разделены на 2 группы: группа 1 (G1) - пациенты с СДС без гемодинамически значимых стенозов сосудов нижних конечностей - 90 человек, средний возраст которых 56,4±9,6 лет и группа 2 (G2) - 84 пациента без СДС -54,4±9,7 лет.

Хронотропная функция автономной нервной системы (АНС) оценивалась с помощью индекса Вальсальвы (IV) и артериального барорефлекса (ABR), вазомоторная с помощью handgrip теста (HG) и оценки реакции кожно-мышечного кровотока на холодовой стимул (cold), а также тилт-тест по 10-минутному протоколу. Гемодинамические сдвиги регистрировались Finapress методом (Finometer-PRO) и методом окклюзионной плетизмографии по Dohn.

Результаты: Было выявлено, что индекс Вальсальвы коррелировал с АБР($r=0.71$, $p<0.001$), тогда как cold с HG тестом ($r=0.72$, $p<0.001$), что свидетельствовало о схожести функциональной значимости этих парных тестов в исследуемых группах. Было выявлено, что в G1 вазомоторная регуляция существенно хуже, чем в G2: HG 9.2±5.8 vs. 13.8 ±4.1 mm Hg, $p<0.01$, cold: 20.3±11.9 vs. 32,1 $p<0,005$, тогда как хронотропная регуляция в группах не различалась. Несмотря на сопоставимую встречаемость в обеих группах больных с артериальной гипертензией 73.1% и 76.5%, $p>0.05$, в G1 тяжелая гипертензия выявлялась чаще, $X2=4.6$, $p<0.05$.

В обеих группах одинаково часто встречалась ортостатическая гипотензия и признаки вторичной автономной недостаточности (сочетание ортостатической гипотензии и хронотропной недостаточности в ортостазе), что свидетельствует о сопоставимой по тяжести автономной дисфункции.

Заключение: у пациентов с СДС наблюдаются значительно более серьезные расстройства вазомоторной функции АНС, на фоне худшего контроля артериального давления, что может быть полезно для определения групп риска и определить пути профилактики этого осложнения.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АВТОНОМНОЙ РЕГУЛЯЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ И ХАРАКТЕРИСТИК ЦЕНТРАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА РАННИХ ЭТАПАХ СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ

Мамонтов О.В., Иваненко В.В., Конради А.О., Шляхто Е.В.

Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Атеросклероз центральных артерий приводит к вторичному ухудшению нейрогенной регуляции кровообращения. Вместе с тем, взаимосвязь изменения эластических свойств крупных артерий на ранней стадии сосудистого ремоделирования с состоянием нейрогенного контроля кровообращения остается неизученной.

Цель исследования: оценить взаимосвязь показателей автономной регуляции и показателей жесткости сосудов у больных с неосложненной гипертонической болезнью (ГБ II).

Материалы и методы: Обследовано 19 человек, больных ГБ степени, средний возраст которых составил 59,5±10,5 лет. Средняя длительность заболевания 3,4±2,8 лет. По разным причинам регулярную антигипертензивную терапию пациенты не принимали.

Всем включенным в исследование оценивались следующие параметры автономной регуляции: спонтанный артериальный барорефлекс (АБР), индекс Вальсальвы (ИВ). Выполнялась динамометрическая проба (ДП) с оценкой динамики диастолического артериального давления (АД) и проба с оценкой динамики объемной скорости кровотока (ОСК) в предплечье в ответ на аппликацию холода в области грудной клетки (ХП), а также динамика артериального давления (АД) и ритма в ходе пробы с пассивным ортостазом. Измеряемые параметры регистрировались с помощью неинвазивного непрерывного регистратора АД Finometer, кровотока - методом окклюзионной плетизмографии по Dohn. Параметры сосудистой жесткости и центрального АД оценивались с помощью системы SphygmoCor Px (Австралия), методом аппланационной тонометрии. Индекс аугментации (ИА) рассчитывался по форме центральной пульсовой волны и корректировался по ЧСС. Скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) на участке сонная артерия - бедренная артерия измерялась сфигмографическим методом с помощью SphygmoCor PWX по стандартной методике. Кроме того, выполнялось суточное мониторирование АД с помощью монитора АД BPLab (Нижний Новгород) и оценка толщины комплекса интима-медиа (ТИА).

Результаты: Среднее по группе значение АБР составило 5.16±1.78, холодовая вазоконстрикция 30,1±11,2%, ИА 34.6±6.2, СРПВ 9.79±0.59, а ТИА 0.086±0.012. В ходе корреляционного анализа было установлено, что степень прироста центрального систолического АД связана с величиной среднесуточного систолического и среднегемодинамического АД: $r=58$, $p<0.01$ и $r=0.54$, $p<0.05$, соответственно.

Одновременно установлено, что АБР, который находится в обратной зависимости от толщины комплекса интима-медиа: $r=-0,50$, $p<0.05$ был обратно связан и со скоростью распространения пульсовой волны $r=-0,48$, $p<0.05$. С другой стороны выявлялась отрицательная корреляция АБР с ударным объемом $r=-0,52$, $p<0.05$, ОСК в предплечье $r=-0,54$, $p<0.05$ и ЧСС днем $r=-0,58$, $p<0.05$.

Связи ДП и ИВ с характеристиками пульсовой волны выявлено не было, тогда как, при оценке ХП, отражающей неспецифическую нейрогенную сосудистую реактивность, было выявлено, что степень вазоконстрикции напрямую связана с ИА $r=0,50$, $p<0.05$, тогда как с индексом Бекберга выявлялась обратная зависимость $r=-0,57$, $p<0.01$. При этом вазомоторная реактивность и динамика диастолического АД в ортостазе были напрямую связаны $r=0,53$, $p<0.05$.

Заключение: Таким образом, повышение периферического систолического АД у больных ГБ ассоциируется с еще большим его приросту в аорте. При этом имеется связь между характеристиками центрального АД и параметрами автономной регуляции. Так дисфункция АБР, связанная с утолщением комплекса интима-медиа, ассоциируется с увеличением СРПВ и наклонностью к гиперкинетическому кровообращению, тогда как увеличение ИА ассоциируется с повышенной неспецифической вазомоторной реактивностью.

СРЕДНЯЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРЕБЫВАНИЯ В СТАЦИОНАРЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ И ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Мамутов Р.Ш., Уринов О.У., Бекбулатова И.Р., Абидова Д.Э.
Республиканский специализированный центр кардиологии
г. Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить среднюю длительность пребывания в стационаре больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) и острым коронарным синдромом (ОКС) в одном из районов г. Ташкента.

Материал и методы: Базой для настоящего исследования послужили данные когортного исследования «Регистр острого инфаркта миокарда и острого коронарного синдрома в одном из районов г.Ташкента». ОКС и ОИМ изучались среди постоянного населения одного из районов г. Ташкента, средний возраст включенных в исследование пациентов с начала июля 2009 г составил 58,5±8,8 года (от 20 до 69 лет), в том числе мужчин - 56,8±9,6 года, женщин - 61,6±5,8 года

Результаты: зарегистрировано 216 больных с ОИМ/ОКС, поступивших в стационар в течение 9 месяцев. Среди них ОИМ выявлен у 75 пациентов (34,7%) 59,1±8,1 лет, из них мужчин - 52 (69,4%) 57,3±8,9 лет, женщин - 23 (30,6%) 62,8±3,9 лет; ОКС диагностирован у 141 пациента (65,3%) 58,4±9,15 лет; из них мужчин - 86 (61,0 %) 56,5±10,7 лет, женщин - 55 (39,0%) 61,6±5,8 лет.

Средняя длительность пребывания (СДП) в стационаре: в целом по всем больным составила 7,4±3,7 койко /дня (к/д), для мужчин 7,2±3,4 к/д; для женщин 7,7±3,6 к/д. СДП в стационаре больных с ОИМ составила - 9,5±3,5 к/д, больных с ОКС - 6,3±2,7 к/д. 10 (13,3%) пациентов с ОИМ в возрасте 58,2±10,4 лет и 61 (43,3%) пациент с ОКС, трансформированным в стенокардию напряжения, в возрасте 56,8±10,1 лет выписались в сроки менее 6 суток. 36 (48%) пациентов с ОИМ в возрасте 58,5±6,6 лет и 76 (53,9%) с ОКС, трансформированным в стенокардию напряжения, в возрасте 59,5±7,8 выписались в сроки менее 11 суток. 27 (36%) больных с ОИМ в возрасте 59,8±9,3 лет и 4 (2,8%) с ОКС, трансформированным в стенокардию напряжения, в возрасте 55,5±13,4 лет были выписаны в сроки менее 16 суток. Только 2 (2,7%) пациента с ОИМ в возрасте 62,5±7,8 лет выписаны в сроки менее 21 суток.

Выводы: частота встречаемости ОИМ у мужчин была в 2,3, ОКС в 1,5 раза выше, чем у женщин, причем у женщин данная патология развивается в среднем на 5 лет позже. В целом СДП в стационаре больных с ОИМ составила в 1,5 раза выше к/д, чем больных с ОКС. Характерно, что сроки нахождения в стационаре в женской подгруппе превышают таковые показатели у мужчин. Увеличение СДП больных с ОИМ до 3 недель характерно для пациентов более высокой возрастной группы.

ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ДОГОСПИТАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА И ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ В ОДНОМ ИЗ РАЙОНОВ Г.ТАШКЕНТА

Мамутов Р.Ш., Бекбулатова И.Р., Уринов О.У., Аминов А.А., Азимова Н.А.
Республиканский специализированный центр кардиологии
г. Ташкент, Узбекистан

Цель: Изучение длительности догоспитального этапа при остром коронарном синдроме (ОКС) и остром инфаркте миокарда (ОИМ) в одном из районов г. Ташкента.

Материал и методы: Базой для настоящего исследования послужили данные когортного проспективного исследования «Регистр острого инфаркта миокарда и острого коронарного синдрома в одном из районов г.Ташкента». ОКС и ОИМ изучались среди постоянного населения одного из районов г. Ташкента, возраст включенных в исследование пациентов составил 20-69 года (с начала июля 2009 г.). Средний возраст всей группы 58,5±8,8 года, мужчин - 56,8±9,6 года, женщин - 61,6±5,8 года. Исследованы данные 216 последовательно поступивших в стационар пациентов с ОИМ и ОКС, в течение 9 месяцев. Среди них ОИМ выявлен в 75 (34,7%), ОКС в 141 (65,3%) случаях. Догоспитальный этап (ДЭ) включал интервал времени от момента развития заболевания до госпитализации больного в стационар.

Результаты: С момента начала исследования диагностировано 216 случая ОИМ и ОКС. Изучены половозрастные характеристики пациентов: ОКС/ОИМ чаще развивается среди мужчин - в 63,9% случаях, для женщин этот показатель составил 36,1 %.

Результаты исследования показали, что за период наблюдения продолжительность ДЭ ОИМ/ОКС составляет в среднем 25,6±9,7 часов. В первые 6 часов с момента появления ангинозной боли в груди за медицинской помощью обратились 25% больных, от 6 до 12 ч. - 12,0 %, от 12 до 24 ч. - 9,2%, на 2-е сутки 12%, и позднее 2-х суток 41,7 % больных. В первые 6 часов с момента появления боли в груди в медицинские службы чаще обращались мужчины 40 (29 %), женщины обращались лишь в 14 (17,9%) случаях. Пик

обращаемости у женщин пришелся на сроки позднее 1 суток - 35 (44,8 %) случаев. Анализ путей госпитализации показал, что в службу скорой медицинской помощи обращались 52,7% всех больных, к врачу поликлиники - 19,4 % больных, а в приемное отделение больницы самотеком - 27,9 % больных, у которых был диагностирован ОИМ/ОКС.

Таким образом, полученные результаты позволяют заключить, что в 63,9% ОКС/ОИМ развивается у мужчин и в 36,1% у женщин. Продолжительность ДЭ в среднем по группе больных составила более суток (с вариациями от нескольких часов до двух и более суток), причем в первые 6 часов за медицинской помощью обращаются лишь 1/4 пациентов, а более 2/5 пациентов обращаются в ЛПУ в сроки, превышающие 2 суток. Характерно, что в ранние сроки (до 6 часов) мужчины 1,6 раз обращаются чаще, чем женщины. В целом служба «03» была востребована 52,7% пациентами.

ОСОБЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОСЛЕДАХ ПРИ ГЕСТОЗЕ

Манис С.С., Борзова Н.Ю., Проценко Е.В., Перетятко Л.П.

Федеральное государственное учреждение «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи», г.Иваново, Россия

Гестоз представляет собой осложнение беременности, которое характеризуется глубоким расстройством функции жизненно важных органов и систем. Основу гестоза составляет генерализованный спазм сосудов, гиповолемия, нарушения микроциркуляции и водно-солевого обмена. Эти изменения вызывают гипоперфузию тканей и развитие в них дистрофии вплоть до некроза.

Цель: выявить патоморфологические особенности воспалительных изменений в последах при гестозе различной степени тяжести.

Методы исследования: макроскопическое исследование, световая микроскопия 84 последов.

Полученные результаты: инфицированность последов при гестозе достоверно выше, чем при неосложненной беременности; по мере увеличения степени тяжести гестоза увеличивается доля смешанной (вирусно-хламидийно-микоплазменно-бактериальной) инфекции в этиологии воспаления. Топография воспаления указывает преимущественно на гематогенный путь распространения инфекции. В воспалительный процесс на фоне гестоза, как правило, вовлекаются следующие анатомические отделы последа: d. basalis et parietalis, сосудистый компонент и строма стволовых и промежуточных ворсин, частота инфицирования которых увеличивается параллельно тяжести гестоза. Характер воспалительных изменений зависит от длительности процесса, вида возбудителя и, в основном, представлен продуктивным сосудистым виллузитом стволовых, промежуточных и терминальных ветвей со стенозом просвета сосудов, периваскулярным склерозом (при вирусном инфицировании); и экссудативным базальным и париетальным децидуитом с обострением воспаления (мононуклеарным - при вирусном и полинуклеарным - при смешанном инфицировании). С утяжелением гестоза достоверно увеличивается доля иммунного компонента в воспалении смешанной этиологии. Инфицирование смешанной флорой (вирусно-хламидийно-микоплазменно-бактериальной) при тяжелом гестозе служит неблагоприятным фактором, который в 50% случаев опосредованно через расстройства маточно-плацентарного кровообращения приводит к развитию острой плацентарной недостаточности (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты) и преждевременным родам в сроки гестации 32-37 недель.

Заключение: учитывая высокую инфицированность последов при гестозе, особенно при его тяжелых формах, необходимо своевременно проводить обследование и санацию очагов инфекции.

ПРОЕКТ «ЮГРА-КОР»: АНАЛИЗ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФЕКТИВНОСТИ ПРОЕКТА

Урванцева И.А., Милованова Е.В.

Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», г.Сургут, Россия

Проектом «Югра-кор» предусмотрено внедрение в практику здравоохранения Югры международных протоколов лечения на основе принципов доказательной медицины с применением передовых высокотехнологичных методов диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний

Цель: проанализировать основные показатели медико-социальной и экономической эффективности проекта «Югра-кор» за 2008-2009 гг.

Методы исследования. Анализ проведен на основании данных годовых отчетов лечебно-профилактических учреждений 22 муниципальных образований округа, данных отдела медицинской статистики и Департамента Здравоохранения ХМАО-Югры, материалов Аналитического центра по управлению проектом «Югра-кор».

Результаты. Проведенный анализ показал:

- За счет снижения летальности от инфаркта миокарда (ИМ) с 10,3% до 9,8% спасено не менее 25 жизней;
- За 2 года только за счет применения реперфузионной стратегии у 1544 больных с ИМ спасено дополнительно более 50 жизней;
- В отдаленном периоде (в течение года) после перенесенного ИМ возврат стенокардии у больных, получивших высокотехнологичную помощь (ВТМП) в 2 раза реже по сравнению с больными после медикаментозного лечения (16,2% и 7,8% соответственно), а смертность больных, получивших ВТМП (2,2%) в 3 раза ниже по сравнению с больными после медикаментозной терапии (6,8%);
- В течение года после перенесенного ИМ число случаев временной нетрудоспособности после медикаментозного лечения было больше, чем после ВТМП (58,6 против 51,1 на 100 работающих);
- В течение года после перенесенного ИМ впервые получили группу инвалидности 6,3% больных после ВТМП и 6,8% больных после медикаментозного лечения;
- Экономическая эффективность реализации Проекта «Югра-кор» за 2 года составила более 1,2 млрд. рублей.

Вывод: убедительно доказана значительная медико-социальная эффективность проекта в плане снижения смертности и уменьшения инвалидизации трудоспособного населения; снижения совокупных экономических затрат здравоохранения округа.

ПРОЕКТ «ЮГРА-КОР»: ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ХМАО-ЮГРЕ ЗА 2008-2009 ГОДЫ

Милованова Е.В., Урванцева И.А.

Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», г. Сургут, Россия

В Ханты-Мансийском автономном округе-Югре с 2008 года реализуется инновационный Проект «Югра-Кор», как система обеспечения неотложной кардиологической помощью населения автономного округа. Внедрен новый алгоритм оказания медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда (ИМ): коронарная реперфузия методом стентирования коронарных артерий, а в отдаленных территориях - методом тромболизиса выполняется в первые часы после возникновения болевого синдрома.

Цель: проанализировать основные показатели эффективности оказания неотложной медицинской помощи больным с ИМ в округе за 2008-2009гг.

Методы исследования. Анализ проведен на основании данных годовых отчетов лечебно-профилактических учреждений 22 муниципальных образований округа, данных отдела медицинской статистики и анализа Департамента Здравоохранения ХМАО, материалов Аналитического центра по управлению проектом «Югра-кор».

Результаты: В 2009 году в сравнении с 2008 годом достигнуты следующие результаты реализации проекта:

1. Показатель общей смертности от ИМ в округе снизился с 19,0% до 17,0%.
2. Показатель больничной летальности от ИМ в целом по округу снизился с 10,3% до 9,5%.
3. В Центрах интервенционной кардиологии (ЦИК) летальность у больных с ИМ снизилась на 0,2% и составила 7,7%.
4. Смертность больных на догоспитальном этапе снизилась с 1,1% до 0,9% за счет уменьшения числа умерших во время транспортировки.
5. В 2008г в ЦИК был госпитализирован каждый пятый больной, а в 2009г - каждый четвертый больной с ИМ.
6. Каждый пятый больной с ИМ получает высокотехнологичную медицинскую помощь в первые 2 часа от начала заболевания.
7. Число процедур тромболизиса, выполненных в муниципальных ЛПУ больным с ИМ возросло на 29,0%
8. Показатель первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) у больных с ИМ с подъемом сегмента ST увеличился на 9,2% (с 23,7% до 32,9%).

9. Реперфузионная стратегия по восстановлению коронарного кровотока у больных с ИМ с подъемом сегмента ST применяется в 72,0%, в.т.ч. ЧКВ - 33,0%, тромболизис - 39,0%.
10. Показатель средней длительности пребывания больного с ИМ в стационаре сократился на 3,2 дня.

Вывод: реализация Проекта «Югра-Кор» позволила улучшить качество оказания медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда, повысить доступность высокотехнологичной медицинской помощи.

ПУНКЦИЯ ПЕРИКАРДИАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРАНССЕПТАЛЬНОГО ДОСТУПА ДЛЯ АБЛАЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ: ТОМОГРАФИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ВЫЯВЛЯЮТ ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА ДО ПРОВЕДЕНИЯ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Михайлов Е.Н., Вандер М.А., Лебедев Д.С.
ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова», Росмедтехнологии, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Для проведения катетерных вмешательств в левых камерах сердца необходим навык выполнения транссептальной пункции (ТСП). Резкое увеличение количества проводимых ТСП в последние годы обусловлено распространением катетерного лечения фибрилляции предсердий (ФП). Осложнения ТСП встречаются относительно редко, особенно если доступ проводится под контролем внутрисердечной или чреспищеводной эхо-кардиогроафии. Однако многие операторы выполняют ТСП под контролем флюороскопии со стандартной ориентацией угла изгиба иглы (около 4-5 часов на воображаемом циферблате). Было отмечено, что по причине индивидуальных особенностей топографии внутрисердечных структур, при стандартной ориентации иглы изредка возможно ее попадание в перикардиальное пространство, а не в левое предсердие. Целью нашего исследования явилась проверка гипотезы, что анализ топографии внутрисердечных структур по данным томографических методов визуализации (мультиспиральной компьютерной томографии - МСКТ или магниторезонансной томографии - МРТ) позволяет выявить пациентов с риском осложненной ТСП, проводимой по стандартной методике под контролем флюороскопии.

Материал и методы. В ретроспективное исследование включен 21 пациент, которым проводилась катетерная аблация левого предсердия по поводу ФП. Всем пациентам предварительно выполнялась МСКТ (18 пациентов) или МРТ (3 пациента) сердца с контрастированием (для определения строения левого предсердия и легочных вен). ТСП во время катетерного вмешательства проводилась по стандартной методике с ориентацией ТСП иглы «на 4-5 часов». У 6 пациентов отмечалось проникновение иглы в перикардиальное пространство. Группу сравнения составили 15 пациентов с неосложненной ТСП. По результатам МСКТ у всех пациентов четко визуализировалась межпредсердная перегородка на уровне овальной ямки на поперечных срезах. Определялся угол между перпендикуляром к овальной ямке и горизонтальной линией, проведенной через задние углы ребер. Угол «надлежащей» пункции, определенный по данным МСКТ сравнивался между группами пациентов с осложненной и неосложненной пункцией.

Результаты. В группе осложненной ТСП средний угол надлежащей пункции составил 73,3±4,9 (67-72)° (соответствует позиции между 5 и 6 часами), в то время как в группе контроля угол составил 56,0±2,9 (50-60)° (соответствует позиции между 4 и 5 часами), $p<0.001$.

Выводы. Анализ данных МСКТ/МРТ сердца до проведения катетерных вмешательств выявляет пациентов с анатомическими особенностями, требующими дополнительных методов визуализации для выполнения ТСП.

КАТЕТЕРНАЯ АБЛАЦИЯ ЛЕВОПРЕДСЕРДНЫХ ТАХИКАРДИЙ С АЛЬТЕРНАЦИЕЙ ЦИКЛА, РАЗВИВАЮЩИХСЯ ПОСЛЕ АБЛАЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Михайлов Е.Н., Лебедев Д.С.
ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург, Российская Федерация

Введение: Левопредсердные тахикардии (ЛПТ) с альтернацией длительности цикла, возникающие после расширенной аблации левого предсердия (ЛП) у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), ранее не были описаны. Тахикардии с меняющейся длительностью цикла обычно считаются некартируемыми и трудно поддающимися аблации. Целью работы явилось изучение значимости трехмерного активационного

картирования, entrainment-картирования и картирования фракционированных электрограмм (ФЭ) для успешной аблации стабильных тахикардий с альтернацией длительности цикла.

Материал и методы: С апреля 2007 по январь 2010 56 пациентам было выполнено 68 катетерных вмешательств по поводу ЛПТ, возникших после аблации ФП. В 5 (7.3%) случаях были выявлены стабильные ЛПТ, состоящие из двух альтернирующих циклов разной длины. Критериями ЛПТ с альтернацией длины цикла были следующие: различие в длине 2х циклов более чем на 15 мс и следование циклов в одном из двух вариантов: 1-2-1 или 1-1-2-1-1-2. Четырем пациентам ранее были выполнены 1-2 аблации хронической ФП, которые включали в себя окружную изоляцию легочных вен (ЛВ), аблацию митрального истмуса и крыши ЛП, аблацию коронарного синуса и аблацию участков левого и правого предсердий с высокочастотной активностью и/или ФЭ. Один пациент ранее перенес аблацию пароксизмальной ФП (выполнялась окружная изоляция ЛВ и аблация крыши ЛП). Во время катетерного вмешательства по поводу ЛПТ выполнялось трехмерное активационное картирование последовательно обоих циклов тахикардии, одновременно на модели ЛП отмечались участки с ФЭ. Затем выполнялось entrainment-картирование. В случае определения механизма тахикардии в соответствии с активационным и entrainment-картированиями, аблация выполнялась в критической зоне ЛПТ. Если механизм ЛПТ оставался не до конца ясным, проводилась аблация участков с ФЭ вблизи с зоной «раннего» возбуждения (по результатам активационной карты).

Результаты: Средние длины альтернирующих циклов тахикардий были 246±25 мс и 285±36 мс. Расширенное entrainment-картирование было затруднено у всех пациентов по причине обширных зон отсутствия навязывания электрических стимулов в ЛП у 2 пациентов, и часто наличием постстимуляцинного интервала меньшей длительности, чем любой из циклов тахикардии (3 пациента). Активационное картирование выявило перимитральное трепетание с двумя различными скоростями проведения вокруг кольца клапана у 1 пациента; еще у 1 пациента была выявлена тахикардия из левой верхней ЛВ с щелью проведения в прежней окружной аблации (в обоих случаях декрементное проведение ответственно за разные длительности цикла). У одного пациента за одну длину цикла тахикардии был ответственен круг ри-ентри в межпредсердной перегородке, механизм второго цикла остался неясным. У двоих пациентов (40%) механизмы ЛПТ остались неопределенными. Аблация точек с ФЭ вблизи зоны «ранней» активации привела к купированию тахикардии в 2 случаях. В 1 случае эффективной оказалась аблация ФЭ в коронарном синусе. У одного пациента аблация септальной ПТ в точке с ФЭ привела к переходу в тахикардию с другим механизмом. Перимитральное трепетание было купировано при аблации в митральном истмусе. Таким образом, ФЭ были полезны в определении точки успешной аблации ЛПТ в 4 случаях (80%).

Выводы: Предложенный метод последовательного картирования альтернирующих циклов ЛПТ помогает определить механизм тахиаритмии в большинстве случаев. Аблация участков с ФЭ может быть привлекательным подходом для купирования такого типа ЛПТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРЕХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АНАТОМИЧЕСКОЙ АБЛАЦИИ ГАНГЛИОНАРНЫХ СПЛЕТЕНИЙ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АНАТОМИЧЕСКОГО ПОДХОДА ПО ПОВОДУ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Михайлов Е.Н.[1], Канидьева А.А.[1], Свиридова Н.В.[1], Абрамов М.Л.[1], Гуреев С.В.[1], Szili-Torok T.[2], Лебедев Д.С.[1]

[1]Almazov ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург, Российская Федерация;

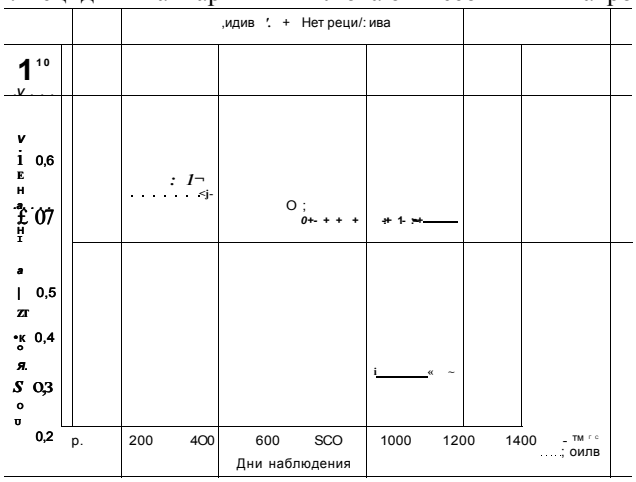
[2]Thoraxcentre, Erasmus MC, Rotterdam, the Netherlands

Введение. Для лечения пароксизмальной фибрилляции предсердий (ФП) недавно была предложена новая стратегия катетерной аблации ганглионарных сплетений (ГС) левого предсердия с использованием анатомического подхода. Была продемонстрирована высокая эффективность данного метода аблации при наблюдении в течение года. Целью настоящей работы явилась оценка гипотезы, что при длительном наблюдении синусовый ритм сохраняется у большинства пациентов.

Материал и методы. В исследование было включено 70 пациентов (средний возраст 56.6±10.9 лет; мужчин 41) с пароксизмальной ФП и без структурных заболеваний сердца: 35 пациентам была выполнена анатомическая аблация ГС; 35 пациентов, которым была выполнена окружная изоляция легочных вен (ОИЛВ) в тот же период времени, вошли в группу контроля. Обе группы были сопоставимы по ряду клинических характеристик (возраст, диаметр левого предсердия, анамнез артериальной гипертензии, диабета и других заболеваний). Документирование рецидивов нарушений ритма осуществлялось с использованием холтеровского мониторирования каждые 3 месяца и регистрацией ЭКГ по требованию. Ранние рецидивы нарушений ритма (развившиеся в течение первых 3 месяцев после аблации) не учитывались в анализе отдаленных результатов.

Результаты. При анатомической аблации было нанесено больше радиочастотных аппликаций в левом предсердии (85.6±5.5 против 74.4±6.2, p<0.05); общая длительность вмешательства (154±18 против 147±19 мин, p=нд) и время флюороскопии (35.4±17.3 против 34.5±13.5 мин, p=нд) были сопоставимы между двумя группами. В течение среднего периода наблюдения 36.3±2.3 месяцев, свободными от предсердных тахиаритмий были 34.3% пациентов после анатомической аблации ГС и 65.7% пациентов после ОИЛВ (log-rank test p=0.008, Рисунок). Ранние эпизоды нарушений ритма (в течение первых 3х месяцев после аблации) и аблация ГС (без изоляции ЛВ) были единственными независимыми предикторами поздних рецидивов: ОР 6.44 (ДИ 95%; 3.14¬ 13.18; p<0.001) и ОР 2.08 (ДИ 95%; 1.03-4.22; p=0.04), соответственно. По поводу рецидивов тахиаритмий у шестерых пациентов в группе аблации ГС впоследствии была выполнена ОИЛВ, дополнительная аблация перимитрального трепетания потребовалась у 2 пациентов. В дальнейшем 5 из этих пациентов не имели рецидивов нарушений ритма.

Выводы. У пациентов с пароксизмальной ФП отдаленные результаты анатомической аблации ГС значительно уступают ОИЛВ. Рецидивы тахиаритмий включают в себя ФП и макро ри-ентри тахикардии.



ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ЖЕНЩИН I ТРИМЕСТРА ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Можаева Т.А., Малышкина А.И., Сотникова Н.Ю., Крошкина Н.В.

ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н.Городкова, Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи», Иваново, Россия.

Целью нашего исследования было установить особенности продукции и содержания провоспалительных цитокинов IL-1P, IL-12 и IL-18 в периферической крови женщин в 7-12 недель беременности при угрозе невынашивания.

Материалом для исследования служила периферическая венозная кровь женщин I триместра беременности. Основную группу обследованных составили 40 женщин с привычным невынашиванием беременности в анамнезе и имевшие на момент обследования клинические признаки угрозы выкидыша. Контрольную группу составили 20 здоровых женщин тех же сроков гестации с неосложненным течением беременности. Внутриклеточную продукцию моноцитами IL-1P и IL-12 определяли с помощью моноклональных антител методом проточной цитометрии на цитометре FACScan. При определении внутриклеточной экспрессии IL-1P и IL-12 предварительно проводили процедуру пермеабилизации и фиксации клеточной мембраны с использованием коммерческого набора «Fix&Perm» (CALTAG Laboratories, USA). Методом твердофазного ИФА в сыворотке крови определяли концентрацию IL-18 с использованием тест-системы производства Bender Medsystems (Austria). В периферической крови методом ИФА определяли уровень IgM, IgA и IgG к Virus Herpes simplex I-II, Cytomegalovirus, Chlamydia Trachomatis, Mycoplazma hominis, Ureaplazma urealyticum (ЗАО «Вектор Бест»).

В ходе исследования было установлено, что при неосложненной беременности в периферической крови женщин отсутствовали маркеры острой урогенитальной инфекции. Развитие клинических признаков угрозы невынашивания беременности в 7-12 недель беременности ассоциировалось с повышенной частотой встречаемости маркеров острого инфицирования. При этом одинаково часто у женщин отмечалось наличие маркеров как вирусного, так и смешанного бактериально-вирусного инфицирования. При иммунологическом обследовании было установлено, что у женщин с угрозой невынашивания ранних сроков внутриклеточная продукция IL-1P и IL-12 моноцитами была существенно более высокой, чем таковая в контрольной группе.

Кроме того, нами также было выявлено повышение содержания IL-18 в сыворотке крови у женщин основной группы.

Полученные нами данные свидетельствуют об усилении на системном уровне продукции провоспалительных цитокинов клетками фагоцитарного ряда у женщин с привычным невынашиванием беременности. Известно, что усиление на ранних сроках беременности продукции провоспалительных цитокинов, обладающих эмбриотоксическим действием, может вести к ограничению инвазии трофобласта, активации протромбиназы и развитию тромбозов, инфарктов и отслойки плаценты. По-видимому, важную роль в активации провоспалительных реакций при угрозе невынашивания ранних сроков играет усиление продукции IL-1P, IL-12 и IL-18, что, по-видимому, обусловлено дисфункцией врожденного иммунитета на фоне бактериально-вирусной урогенитальной инфекции.

МАРКЕРЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Назаров С.Б., Попова И.Г., Ситникова О.Г., Кузьменко Г.Н.
ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова Росмедтехнологии», Иваново, Россия

В настоящее время перинатальные поражения ЦНС у новорожденных занимают ведущее место в структуре их заболеваемости и смертности. На долю данной патологии приходится до 80% поражений головного мозга. В связи с этим целью исследования явилось выявление наиболее информативных маркеров для ранней диагностики перинатальных поражений ЦНС. Обследовано 70 доношенных новорожденных на 1 сутки жизни. Из них 45 детей с перинатальными поражениями ЦНС в виде церебральной ишемии I-II степени и 25 новорожденных без поражений нервной системы. У всех обследуемых детей в сыворотке крови проводили определение концентрации сосудисто-эндотелиального фактора роста (VEGF) набором фирмы «BIOSOURCE» (Бельгия) и VE-кадгерина набором фирмы «Bender MedSystems» (Австрия), методом ИФА. Содержание сосудисто-эндотелиального фактора роста было снижено у детей с перинатальными поражениями нервной системы в 1,5 раза по сравнению с детьми без перинатальных поражений ($p<0,05$). Уровень VE-кадгерина в группе с перинатальными поражениями ЦНС был снижен в 1,7 раза по сравнению с детьми без поражений ЦНС ($p<0,05$). При проведении дискриминантного анализа установлена зависимость развития перинатальных поражений центральной нервной системы от концентраций сосудисто-эндотелиального фактора роста и VE-кадгерина. Произведен расчет параметров дискриминантной функции для ранней диагностики перинатальных поражений нервной системы. Это позволяет использовать данные биохимических показателей для ранней диагностики нарушений нервной системы у доношенных новорожденных, а также помогает дифференцировать транзиторные физиологические и патологические изменения. На основании проведенных исследований разработан «Способ ранней диагностики перинатальных поражений ЦНС у доношенных новорожденных» (положительное решение о выдаче патента № 2009111927 от 26.05.2010), отличающийся тем, что в первые сутки жизни определяют концентрацию VEGF и VE-кадгерина в сыворотке крови и рассчитывают дискриминантную функцию (Y) по формуле:

$Y = - 11,991 + 0,048 \times X1 + 0,151 \times X2$, где

X1 - концентрация VEGF (пг/мл);

X2 - концентрация VE-кадгерина (нг/мл)

и при значении Y меньше нуля диагностируют перинатальное гипоксическое поражение ЦНС. Предложенный способ позволяет провести раннюю диагностику перинатального гипоксического поражения ЦНС у доношенного новорожденного с точностью 91,1%, что обеспечивает возможность проведения своевременного эффективного лечения данной патологии.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ПОМОЩИ В КАРДИОЛОГИИ

Накатис Я.А., Семиголовский Н.Ю., Титков Ю.С., Титков А.Ю., Загатин М.М.
Клиническая больница№'22 им. Л.Г.Соколова ФМБА РФ, г. Санкт-Петербург

С предоставлением Клинической больнице №122 ФМБА РФ права по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) с конца 2006 года происходит неуклонное увеличение потока кардиологических больных. Имея опыт проведения интервенционных вмешательств с 1994 года, ситуацию в ограниченных объемах разрешало 60-ти коечное отделение кардиологии и 6-ти коечное отделение кардиореанимации (КРО).

В новых условиях потребовалось создание дополнительной кардиохирургической службы с соответствующим 5-ти коечным отделением кардиохирургической реанимации (КХР) и дополнительной палаты интенсивной терапии (ПИТ) на 8 коек, предназначенной для оказания помощи больным после интервенционных вмешательств. ПИТ - так называемая за рубежом "stepdown intensive care unit" (см. ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction, 2004). Указанная реорганизация позволила интенсифицировать и оптимизировать процессы диагностики и лечения. В целом она соответствовала отраженной в Приказе Минздравсоцразвития России от 19 августа 2009 г. № 599н пропорции «интенсивных» коек как 1:4. Среди итогов проведенной реорганизации работы и дооснащения отделений: рост количества пролеченных кардиологических больных с 1420 в 2006 г. до 2160 в 2009 г.; за время работы кардиохирургической службы прооперировано на открытом сердце около 700 больных; увеличение количества интервенционных вмешательств с ежегодных 200-300 в 2002-2005 г.г. до 980, 1126 и 1409 соответственно в 2007-2009 г.г. Несомненным положительным итогом внедрения ВМП явилось, в конечном счете, улучшение качества лечения. Это проявилось в частности, в снижении госпитальной летальности при остром инфаркте миокарда в нашем стационаре до 3,5% в 2009 г. Любопытно при этом, что средний возраст умерших от острого инфаркта миокарда составил в 2006 г. - 75,4 , в 2007 г. - 79,1, в 2008 г.- 79,8, а в 2009 г. - 80,7 года. Ни один больной с острым коронарным синдромом не был направлен из стационара на последующую реабилитацию без проведения предварительной реваскуляризации миокарда.

НИЗКАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА - НЕЗАВИСИМЫЙ ПРЕДИКТОР СМЕРТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Нонка Т.Г., Репин А.Н., Сергиенко Т.Н., Лебедева Е.В.
Учреждение РАМН НИИ кардиологии СО РАМН, г.Томск, Россия

Цель исследования. В сравнительном аспекте оценить показатели вариабельности ритма сердца (ВРС) у больных, перенесших острый инфаркт миокарда в сочетании с депрессией и без нее.

Материалы и методы. Обследовано 28 пациентов мужского пола, перенесших острый инфаркт миокарда более 6 месяцев назад, со стенокардией напряжения II-III функциональных классов. Всем больным проводилось скрининговое тестирование шкалой HADS, Шихана, Бека (BDI). Во всех случаях диагноз депрессии верифицировался психиатром клинически по критериям МКБ-10. В исследование не включались больные с острым коронарным синдромом, тяжелыми сопутствующими заболеваниями; пациенты, перенесшие операции. Были сформированы две группы: основная (14 пациентов с выявленными депрессивными расстройствами) и группа сравнения (14 больных ИБС без депрессивной симптоматики). В основную группу были включены пациенты с депрессией средней степени тяжести, без когнитивных нарушений. Всем проведено суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру с помощью аппарата "SCHILLER MT - 200 Holter - ECG". Оценивались следующие параметры временного анализа: mean RR (мс), SDNN, (мс), SDANN (мс), pNN50 (%), r-MSSD (мс). Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы «STATISTICA-8». Данные представлялись в виде «среднее ± отклонение среднего». Статистически значимым считался уровень $p<0,05$.

Результаты. По всем клинико-демографическим характеристикам группы были сопоставимы: средний возраст пациентов составил 56,1±5,5 лет в основной группе и 58,8±8,5 в группе сравнения ($p=0,4$), давность перенесенного инфаркта миокарда - 53,2±51,4 месяцев и 42±30,7 месяцев соответственно ($p=0,5$). У пациентов основной группы в отличие от больных группы сравнения не было выявлено различий по показателю meanRR (871,4±93,7 мс и 945,5±86,4 мс соответственно), однако отмечается тенденция к статистически достоверным различиям ($p=0,06$). У больных обеих групп отмечались более низкие значения SDNN, SDANN, pNN50 в сравнении со здоровыми людьми, что говорит о ригидности ритма у пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Наблюдалось более значимое снижение SDDN и SDANN в основной группе в сравнении с контрольной: 92,64±20,2 мс vs 112,58±18,2 мс ($p=0,01$) и 75,92±18,8 мс vs 90,58±14,2мс ($p=0,03$) соответственно. По показателю r-MSSD значимых различий не выявлено - 32,5±16,9 мс в основной и 37,75±18,6 мс в контрольной группах ($p=0,4$).

Выводы. Таким образом, у пациентов с ИБС, перенесших инфаркт миокарда, в сочетании с депрессивными расстройствами значительно повышается риск внезапной смерти и прогрессирование заболевания в сравнении с больными без депрессии вследствие симпато-парасимпатического дисбаланса - преобладания симпато-адреналовой и подавления парасимпатической активности (низкой вариабельности сердечного ритма).

РЕПОЛЯРИЗАЦИЯ ЭПИКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ КРОЛИКА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Овечкин А.О., Вайкшнорайте М.А., Седова К.А., Азаров Я.Э.
Учреждение Российской академии наук Институт физиологии Коми научного центра Уральского отделения РАН, г. Сыктывкар, Россия

При сахарном диабете потенциалы действия кардиомиоцитов желудочков удлиняются, способствуя формированию аритмогенного субстрата в сердце. В то же время неизвестно, насколько однородны эти изменения в разных областях сердца и, соответственно, каким образом в этих условиях меняется пространственно-временная организация процесса реполяризации миокарда.

Цель настоящего исследования заключается в определении распределения длительностей, последовательности окончания и дисперсии реполяризации эпикарда желудочков при аллоксановом сахарном диабете.

У кроликов породы Шиншилла обоего пола (n=8) был вызван сахарный диабет (аллоксан 120 мг/кг, в/в; концентрация глюкозы в венозной крови натощак более 14 ммоль/л). Электрофизиологические исследования проведены через один месяц после введения аллоксана. В качестве контроля использовали здоровых животных (n=9). Кроликов наркотизировали золетилом (15 мг/кг, в/м). При спонтанном синусно-предсердном ритме регистрировали униполярные электрограммы желудочков одновременно в 64 эпикардиальных отведениях. В каждом отведении определяли время активации (минимум первой производной потенциала по времени в период QRS), время окончания реполяризации (максимум первой производной потенциала по времени в период ST-T), локальную длительность реполяризации, или интервал активация-восстановление (период между временем активации и окончания реполяризации).

У кроликов контрольной группы прорыв волны возбуждения на эпикард происходит в средней или верхушечной трети правого желудочка и на верхушке левого желудочка. Область поздней активации наблюдается в основании левого желудочка и прилегающей части свободной стенки. Длительность реполяризации увеличивается в направлении от верхушки сердца к основанию обоих желудочков ($p<0.001$), определяя последовательность окончания реполяризации, которая не зависит от последовательности активации. У животных с сахарным диабетом последовательность и длительность охвата возбуждением эпикарда желудочков не отличается от показателей контрольной группы. В то же время интервалы активация-восстановление увеличиваются ($p<0.05$). Наибольшее увеличение наблюдается в верхушечной области левого желудочка, за счет чего нарушается апикобазальное распределение длительностей реполяризации. Последовательность окончания реполяризации приобретает зависимость от последовательности активации, а дисперсия реполяризации увеличивается ($p<0.05$).

Таким образом, сахарный диабет на сроке наблюдения один месяц приводит к нарушению пространственно-временной организации процесса реполяризации эпикарда желудочков за счет неоднородного увеличения его длительности.

Исследование поддержано грантом УрО РАН для молодых ученых и аспирантов.

АЛЬТЕРНАЦИЯ ЗУБЦА Т И ТУРБУЛЕНТНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Окишева Е.А., Царегородцев Д.А., Сулимов В.А.
ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: Изучить турбулентность ритма сердца (TPC) и альтернацию зубца Т (TWA) и их взаимосвязь с фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ), исходами (внезапной сердечной смертью), а также оценить влияние на данные показатели Р-адреноблокаторов и амиодарона у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Материалы и методы: Основная группа: 111 пациентов, перенесших ИМ (84 мужчины и 27 женщин, средний возраст 64,1±10,5 лет). Контрольная группа: 56 лиц без сердечно-сосудистых заболеваний. Проводилось суточное мониторирование ЭКГ с оценкой TPC и TWA (максимальных значений, значений при ЧСС 100 уд/мин и в 05.00 часов); ФВЛЖ оценивали с помощью ЭхоКГ.

Результаты: Максимальные значения TWA были в среднем выше у больных, перенесших ИМ (89[72;114] мкВ), чем в группе контроля (75[57;95] мкВ, $p<0,05$), как и значения TWA в 05.00 часов (15[6;27] мкВ и 8[5;16] мкВ, $p<0,05$), при этом значения TWA в 05.00 часов коррелировали с ФВЛЖ ($r=-0,396$, $p<0,001$), а значения TWA при ЧСС 100 уд/мин - с числом пораженных коронарных артерий ($r=-0,438$, $p=0,002$). Патологические значения TPC достоверно чаще встречались у пациентов, перенесших ИМ, чем у здоровых лиц (TO: 59,9% и 33,3%, $p=0,003$; TS: 48,6% и 13,6%, $p<0,001$; нарушения TO и TS: 42,3% и 19,6%, $p=0,01$), при этом частота

нарушений и абсолютные значения ТО коррелировали с ФВЛЖ. Временная отмена Р-адреноблокаторов (n=62) не приводила к достоверным изменениям ТРС и TWA, тогда как амиодарон (n=19) достоверно увеличивал значения TWA (114,2±78,28 мкВ против 72,79±27,59 мкВ, p<0,02). У больных, умерших внезапной смертью (n=7), показатели TWA достоверно не отличались от выживших, но отмечалась тенденция к увеличению абсолютных значений ТО.

Заключение: У больных, перенесших ИМ, чаще встречаются отклонения от нормы как одного, так и обоих показателей ТРС, а также более высокие значения TWA, чем у здоровых лиц, при этом выраженность нарушений ТО и значения TWA взаимосвязаны с ФВЛЖ. Р-блокаторы и амиодарон не влияют на значения ТРС, но значения TWA на фоне приема амиодарона достоверно возрастают.

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ТОМСКЕ

Округин С.А., Гарганеева А.А., Зяблов Ю.И., Базилевич И.А.
ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: изучить заболеваемость острым коронарным синдромом (ОКС), в т.ч. нестабильной стенокардией (НС) и острым инфарктом миокарда (ОИМ) населения Томска в возрасте 20-70 лет за 2003-2004 гг.

Методы исследования: исследование проводилось в рамках программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда». Кроме регистрации и анализа всех фактических и подозрительных на ОИМ случаев, дополнительно обследовались больные, которым на догоспитальном этапе или после выписки из стационаров был выставлен диагноз «Нестабильная стенокардия». Были выделены следующие клинические формы НС: 1-впервые возникшая стенокардия, 2-учащение приступов стенокардии без изменения их характера, 3-учащение приступов стенокардии с изменением их характера, 4-затянувшийся приступ стенокардии длительностью более 20 минут. Нестабильным (острым) считался период в первые 28 дней с момента появления соответствующей симптоматики. За два года было зарегистрировано 2760 случаев, подозрительных на НС. Обследовано 2139 (77,5%) больных. Наличие НС подтвердилось у 1477 (69,1%) из них. За исследуемый период зарегистрировано 980 случаев ОИМ, возникшего без предшествующей НС. Таким образом, за два года было выявлено 2457 эпизодов ОКС.

Результаты: в 2003 году уровень заболеваемости НС составил 1,90 случаев на1000 жителей (у мужчин - 2,70 и у женщин - 1,21). В 2004 году отмечен достоверный рост данного показателя до 2,40 (P< 0,05), за счет мужчин и женщин (до 3,10 и 1,78, P< 0,05; соответственно). За два года наблюдения уровень заболеваемости ОИМ существенно не изменился, составив соответственно 1,44 и 1,42 случая на 1000 жителей. Данный показатель у мужчин и у женщин так же не изменился (1,93-1,97 и 1,01-0,94 случая на 1000 жителей соответствующего пола). Следовательно, уровень заболеваемости НС оказался выше, чем ОИМ. Заболеваемость ОКС в 2003 составила 3,34, а в 2004 году возросла до 3,82 случаев на 1000 жителей (P<0,05). У мужчин аналогичный показатель увеличился с 4,63 до 5,07, у женщин - с 2,22 до 2,73, (P<0,05). В возрастно-половом аспекте для заболеваемости НС оказались характерными те же известные закономерности, что и для ОИМ. Соответственные особенности выявлены также у ОКС. Практически во всех возрастно-половых группах заболеваемость НС была выше, чем ОИМ, как в первый, так и во второй год исследования.

Заключение: Уровень заболеваемости НС в Томске в 2003 и 2004 гг. оказался статистически достоверно выше, чем ОИМ.. В возрастно-половом аспекте для ОИМ, НС и ОКС оказались характерными одни и те же закономерности. Рост заболеваемости НС, отмеченный в 2004, послужил причиной соответствующего повышения заболеваемости ОКС. Можно предположить, что увеличение уровня заболеваемости НС связано, скорее всего, с улучшением выявляемости случаев заболевания, а не с ростом числа заболевших.

ТЕХНОЛОГИЯ ДИАГНОСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Олейник А.Д., Ухватова Е.А., Зарудский А.В., Фирсова Н.В.
Филиал №9 экспертно-реабилитационного состава МСЭ ФГУ «Главное бюро МСЭ по Белгородской области», Областная клиническая больница Святителя Иоасафа., г. Белгород. Россия.

Одним из основных клинических проявлений поясничного остеохондроза является болевой синдром при этом длительно (более 3 месяцев) не купирующиеся болевые ощущения относятся к хроническому болевому синдрому. Синдром характеризуется болью с разнообразными висцеро-моторными, эмоционально-эффективными проявлениями и психическими переживаниями, на фоне которых возникают невральные, вертебральные, мышечные, нейрососудистые и церебральные нарушения. Причем, до последнего времени церебральные нарушения рассматривались, как сопутствующая патология.

В связи с этим, **цель нашей работы** - провести анализ влияния болевого синдрома при поясничном остеохондрозе на изменения в центральной нервной системе, после чего разработать новый способ диагностики заболевания.

Для достижения этой цели был использован диагностический комплекс, включающий 1 - анамнестические данные. 2 - неврологический статус. 3 - данные компьютерной томографии поясничного отдела позвоночника и головного мозга (патологические изменения головного мозга в виде лейкоареоза и атрофии различной выраженности встречались в 86%). 4 - тест самооценки качества жизни по опроснику Rand 36. Проведенный анализ комплексного обследования 100 больных с поясничным остеохондрозом позволил нам выделить две формы течения заболевания: 1 радикулопатическую (14%), основными диагностическими критериями которой являются изолированные клинические проявления ирритации или компрессии корешков спинного мозга без симптоматики нарушения функции центральной нервной системы. Нейровизуализационная картина данной формы складывается только из поражения, как правило, нескольких рядом расположенных поясничных межпозвонковых дисков (в виде протрузии или пролапса). При проведении компьютерной томографии головного мозга патологии не выявляется;

2 радикулоцеребральная форма (86%), клинически характеризующаяся не только ирритационно-компрессионной симптоматикой на том или ином уровне поясничного отдела позвоночника, но и такими нарушениями центральной нервной системы, как расстройство эмоциональной (дистимия, депрессия), а в 5% случаев и когнитивной функции. Нейровизуализационная картина данной формы течения поясничного остеохондроза складывается из сочетания поражения как правило, нескольких рядом расположенных поясничных межпозвонковых дисков (в виде протрузии или пролапса) с поражением вещества головного мозга в виде лейкоареоза и атрофии различной выраженности.

Диагностика различных форм течения поясничного остеохондроза позволяет практическому врачу своевременно определить показания к оперативному лечению поясничного остеохондроза (до развития необратимых вторичных изменений центральной нервной системы, обусловленных воздействием продолжительного выраженного болевого синдрома), а так же оптимизировать предоперационные и послеоперационные мероприятия по реабилитации таких больных.

ОЦЕНКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, МЕТОДОМ ГЛАВНЫХ КОМПАНЕНТ

Омельченко М.Ю., Барт В.А., Бондаренко Б.Б.
ФГУ ФЦСКЭ им .В.А.Алмазова

Цель исследования - оценить с использованием метода главных компанент структурно-функциональные характеристики больных, прооперированных по поводу митральной недостаточности, на основе анализа матриц факторных нагрузок в различные сроки наблюдения (до операции, после операции на госпитальном этапе и в отдаленные сроки от 1 до 5 лет).

Использованы результаты обследования 83 больных, включающие размеры и объем камер сердца, значения ФВ, давления в легочной артерии (рЛА)средних и максимальных величинградиента давления на митральном клапане (Ар МК), степени митральной регургитации (МН). В отдаленные послеоперационные сроки учитывали время, прошедшее после операции.

Результаты. До операции информативность I фактора (F1) составила 43% и была пропорциональной систолическим и диастолическим размерам и объемам ЛЖ (вклад >0,90), величине УО (0,72) и степени МН (0,61). После операции структура F1 (при информативности 38%) изменилась за счет ликвидации регургитации (вклад МН уменьшился до 0,13) и включения в число значимых признаков ФВ (обратная связь с F1, вклад 0,79).

В отдаленные сроки F 1 по структуре не отличался от F 1 до операции (за исключением отсутствия вклада МН). Таким образом, F 1 до операции может быть интерпретирован как «фактор дилятации ЛЖ», пропорциональный степени МН, после операции как «фактор дилятации и систолической дисфункции ЛЖ» , и в отдаленные сроки как «фактор дилятации ЛЖ».

Информативность F 2 до операции (вес 20%) обратно пропорциональна значениям среднего и максимального градиентов давления на МК(>-0,81) и расчетного рЛА (-0,81), в связи с чем фактор был интерпретирован как «фактор поражения МК». После операции в структуре F2 ведущая роль принадлежала характеристикам Ар МК при прямой связи между ними и F2 (0,71 и 0,77 соответственно). Поэтому F 2 был интерпретирован как «фактор коррекции функции МК». В отдаленные сроки структура F 2 меняется за счет вклада в него наряду с Ар МК размеров ЛП и ПЖ, что может рассматриваться как отражение нагрузки давлением этих отделов сердца в связи с естественным увеличением градиента давления на имплантированном протезе МК или формировании со временем МН после пластики МК. В пользу такого заключения свидетельствует то, что в эти сроки определяющим структуру F 4 является «фактор времени».

До операции структура F 3 определяется значениями УО и ФВ , что позволяет интерпретировать его как «фактор систолической функции»; после операции его значение зависит от степени коррекции давления в легочной артерии, а в отдаленные сроки- от сочетания признаков ФВ и степень МН , входящих в структуру F3 с различными знаками (-0,63 и 0,71 соответственно). Последнее отражает отрицательную с течением времени динамику процесса у оперированных по поводу МН, по мере старения и возможно, (при соединительно¬тканной дисплазии структур сердца) за счет прогрессирования указанного процесса.

Таким образом, результаты многофакторного анализа динамики патологического явления, отражающие в анализируемом случае послеоперационную характеристику больных с МН, обеспечивают возможность объективной количественной оценки изменений явления с выделением этапно значимых, синдромно скомпанованных его признаков.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТОВ ТЕРАПИИ КАРВЕДИЛОЛОМ И БИСОПРОЛОЛОМ НА СОСТОЯНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ В АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СОПУТСТВУЮЩИМ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Па-Пб ст.

Орлова О.В., Барт В.А., Недошивин А.О.

ФГУ "ФЦ сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова Росмедтехнологии ", Санкт-Петербург, Россия

Цель: Выявить признаки, позволяющие прогнозировать эффект терапии карведилолом и бисопрололом на состояние кровообращения в артериях нижних конечностей у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и сопутствующим облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК) в динамике 36-недельного наблюдения.

Материал и методы: в исследовании участвовало 74 пациента с ХСН ФК и ОААНК На и Нб ст. С момента включения больным проводилась базовая терапия иАПФ, мочегонными, антиагрегантами, статинами. Пациенты не получали терапии бета-адреноблокаторами на момент включения. Через 2 недели после включения больные были распределены на 3 подгруппы. Подгруппа А1- без назначения бета-адреноблокаторов к базовой терапии. Подгруппа А2 - к базовой терапии был добавлен бисопролол. Подгруппа А3 - к базовой терапии был добавлен карведилол. Всем пациентам исходно и через 36 недель выполнялось измерение лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ), проводился тредмил-тест по протоколу A.W.Gardner с определением времени ходьбы до боли (ВХДБ) и максимального времени ходьбы (МВХ), выполнялось эхокардиографическое исследование с определением конечного систолического и диастолического диаметра левого желудочка (КСД, КДД), размеров правого предсердия (ПП) и правого желудочка (ПЖ), фракции выброса левого желудочка (ФВ), выполнялось определение общего холестерина (ОХ). Проводились исследование качества жизни с помощью Миннесотского опросника (МО) и ранжированная оценка клинического статуса с применением шкалы оценки клинического состояния (ШОКС).

Результаты: В результате дискриминантного анализа из 32 исходных признаков были отобраны 13, в наибольшей степени определяющих прогноз пациентов. Факторные веса дискриминантных функций этих признаков представлены ниже и указаны в скобках:

Длительность ОААНК (0,241; -0,149); ЛПИ (0,006; 0,289); длительность ХСН (0,157; 0,098); ВХДБ (0,057; 0,038); КДД ЛЖ (0,086; 0,028); МВХ (-0,232; 0,023); КСД ЛЖ (0,192; -0,059); ШОКС (-0,051; -0,038); ФВ ЛЖ (¬ 0,112; -0,083); МО (-0,098; 0,333); ПП (0,034; 0,163); ОХ (0,143; 0,255); ПЖ (0,008; -0,050).

Выводы: Эффекты терапии бета-адреноблокаторами бисопрололом и карведилолом в отношении состояния периферического кровообращения у больных с ХСН и ОААНК Па-Пб ст. можно прогнозировать по исходным значениям набора признаков, включающего длительность течения сосудистого заболевания и

сердечной недостаточности; размеры и величину фракции выброса левого желудочка; размеры правого предсердия и правого желудочка; результаты тредмил-теста; уровень общего холестерина; показатели шкалы оценки клинического состояния, Миннесотского опросника.

ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Осадчий А.М., Лебедев Д.С., Маринин В.А.
ФГУ «Федеральный центр сердца крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова Росмедтехнологиий», СПб ГУЗ ГМПБ №2, Санкт-Петербург, Россия.

Цель исследования: оценить эффективность и влияние ЭКС на гемодинамические, электромеханические показатели работы сердца, учитывая позицию желудочкового электрода у пациентов с ХСН.

Материал и методы: проведен анализ имплантации ЭКС среди 90 пациентов, оперированных в 2007¬ 2009г., с диагнозом ИБС, осложненной брадиаритмиями, потребовавшие ЭКС, и ХСН I-IY ф.к. (NYHA). Средний возраст - 52,2±11,4 лет в первой группе (гр.), 50,2±12,2 лет - во 2 гр. и 51,2±12,2 лет - в 3 гр. Учитывая позицию желудочкового электрода (ЖЭ), пациенты разделены на 3 гр.: 1-ая - электрод в верхушке ПЖ (34 человека), 2-ая - электрод в области средней трети МЖП (36 человек), 3-ая - имплантация электрода в область правого и левого желудочка одновременно после основного этапа операции (20 человек) в условиях ИК. При оценки ф.к. ХСН по гр.: гр.№1-1-23%, II-45%, III-32%IY-0%, гр.№2-1-22%, 11-50%, III-28%, IY-0%, гр.№3-1-25%, II-40%, III-25%, IY-10%. Средний срок от момента операции составил 17±5,0 мес. Через 12 мес. проводили ЭКГ, ЭХО КГ, ТШХ, оценка класса ХСН.

Результаты: При сравнении длительности комплекса QRS в группе №1 до операции (104,3±10 мс) с показателями в динамике достоверно выявлено его увеличение, однако в группе №2 и 3 достоверного увеличения не было, хотя отмечено его расширение. При сравнении выявлено увеличение внутри- и межжелудочкового ассинхронизма в группе №1, при этом в группе №2 и №3 показатели нормальные. При анализе ф.к. ХСН (NYHA) через 12 мес.: гр.Л**оЫ-^/о,** II-52%, III-20%IY-10%, гр.Л^-!-^°/., II-64%, III-18%, IY-0%, гр.№3-[-25%, II-50%, III-25%, IY-0%, при сравнении с дооперационным периодом в группе №1 выявлены пац. в IY ф.к., в группе №2 уменьшилось количество пациентов с III ф.к., в группе №3 пациентов с IY ф.к. не отмечалось и увеличились пациенты с II ф.к.

Выводы: ЭКС из верхушки ПЖ усугубляет гемодинамику сердца и течение ХСН, что не отмечается при бивентрикулярной и МЖП стимуляции. Эпикардиальная стимуляция сердца является эффективным способом электротерапии нарушений проводимости сердца.

ДНК-ДИАГНОСТИКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ТИПОВ НЕВРАЛЬНОЙ АМИОТРОФИИ ШАРКО-МАРИ-ТУС В БЕЛАРУСИ

Осадчук Т.В., Моссэ К.А., Румянцева Н.В.
ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Невральная амиотрофия Шарко-Мари-Тус тип 1А (CMT 1А) - наиболее частая форма заболевания, ассоциированная с 1,4 Mb дупликацией, включающей ген PMP22, расположенный в сегменте 17p11.2. CMT тип 1X - X-сцепленная форма заболевания, является вторым по частоте генетическим вариантом и в 90% случаев связана с мутациями в гене GJB1, локализованном на хромосоме X в сегменте q13.1 и кодирующим трансмембранный белок коннексин-32 (Cx32).

Материалы и методы. Группу обследования составили 284 пробанда с клинической картиной CMT и 196 членов их семей. Дупликация гена PMP22 определялась методом количественного анализа коротких тандемных повторов. Для улучшения диагностического потенциала метода был разработан протокол мультиплексной ПЦР для трех высокополиморфных динуклеотидных маркеров, расположенных внутри дуплицированной области - D17S2218, D17S2223 и D17S2229. Мутационный анализ гена GJB1 проводили методом прямого ресеквенирования.

Результаты и обсуждение. Дупликация гена PMP22 на хромосоме 17 идентифицирована в 41 семье, что составило 14,4% от всей группы обследованных пробандов. Общее число пораженных составило 73 человек (41 пробанд и 32 родственника). После исключения дупликации гена PMP22, у пробандов мужского пола с клинической картиной CMT и возможным X-сцепленным типом наследования был проведен поиск мутаций в гене GJB1.

Мутации гена GJB1 обнаружены у 7 из 33 (21,2%) пробандов и у 13 из 17 родственников, включая 6 матерей пробандов, доступных для обследования. Все семь мутаций, выявленных в ходе исследования, различные. Четыре из семи мутаций описаны впервые и ассоциированы с тяжелым фенотипом. Две из них являются миссенс-мутациями: c.149C>G в E1 домене приводит к замене серина на цистеин в 50 кодоне (Ser50Cys) и c.268C>A в TM2 домене приводит к замене лейцина на изолейцин в 90 кодоне (Leu90Ile). Данные миссенс-мутации не были обнаружены в нормальных образцах. Одна нуклеотидная замена относится к классу нонсенс-мутаций - c.398G>A в TM3 домене приводит к замене триптофана в 133 кодоне на стоп-кодон (Trp133Stop). Впервые в гене GJB1 идентифицирован редкий вариант нонстоп-мутации: c.851G>T на С-конце приводит к замене терминирующего кодона на лейцин (Stop284Leu). При этом исчезает последовательность, служащая сигналом для остановки синтеза нормальной белковой молекулы. Выявлены также три известные мутации: Y135C (Tyr135Cys), V181M (Val181Met) и E208K (Glu208Lys).

Заключение. Невральная амиотрофия Шарко-Мари-Тус тип 1A и 1X являются наиболее частыми формами демиелинизирующих полиневропатий в Беларуси. В настоящее время определение дупликации гена PMP22 и мутационный анализ гена GJB1 являются стандартным диагностическим исследованием для семей с нейродегенеративной патологией.

РАННИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГЕСТОЗА

Панова И.А., Сотникова Н.Ю., Кудряшова А.В.

ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова Росмедтехнологии», Иваново, Россия

Исследованиями последних лет было убедительно доказано, что патогенетические основы гестоза закладываются в очень ранние сроки гестации. Эти нарушения не приводят к преждевременному прерыванию беременности, но способствуют формированию патологических реакций на системном и локальном уровнях, вызывая развитие патологии у матери. В связи с этим возникла необходимость в разработке ранних прогностических критериев этого осложнения беременности. Как известно, иммунная система играет важную роль в регуляции гестационного процесса.

В связи с этим нами была **поставлена цель** на основании исследования широкого спектра показателей, характеризующих состояние иммунной системы женщин в 6-12 недель беременности, выявить наиболее информативные прогностические критерии гестоза. Методом проточной цитофлюориметрии изучали фенотип, параметры активации и внутриклеточную продукцию цитокинов периферическими лимфоцитами. Используя твердофазный иммуноферментный анализ, оценивали уровень цитокинов, факторов роста и компонентов комплемента в сыворотке периферической крови.

Нами было установлено, что в 6-12 недель гестации в периферической крови женщин с развившимся впоследствии гестозом наблюдалась активация лимфоцитов, обладающих цитотоксической активностью. Для них было характерным повышение содержания общих популяций CD16+ и CD56+ клеток, увеличение уровня CD16+IFNγ+ и CD56+IFNγ+, а также ЕК-Т клеток (CD3+CD16+, CD3+CD56+) по сравнению с нормативными значениями в соответствующие сроки гестации. Эти изменения сопровождались повышением сывороточного уровня IFNγ и IL-12, активирующих цитотоксические лимфоциты. Усиление активации ЕК и ЕК-Т клеток в ранние сроки беременности могло приводить к развитию цитотоксических реакций и способствовать формированию полиорганной недостаточности при гестозе. Наряду с этим в группе женщин с развившимся впоследствии гестозом усиливались реакции В-клеточного звена иммунитета: повышалось содержание общей популяции В-лимфоцитов (CD20+), В-1 клеток (CD20+CD5+), зрелых В-лимфоцитов (CD20+HLA-DR+) и сывороточного IgG. Параллельно в группе с гестозом возрастало содержание CD4+IL-6+ Т-хелперов. Известно, что эта популяция Th регулирует дифференцировку В-1 клеток, определяющих развитие аутоиммунных реакций. По данным ИФА в группе с развившимся гестозом в ранние сроки гестации повышался сывороточный уровень провоспалительных цитокинов IL-8, IFNa и С3 компонента комплемента.

Таким образом, формирование цитотоксических, аутоиммунных и воспалительных реакций в ранние сроки беременности является предпосылкой к развитию гестоза во второй половине гестации. По нашим данным наиболее информативными прогностическими критериями развития гестоза являются повышение в периферической крови относительного содержания CD3+CD16+ ЕК-Т более 5,4%, уровня CD5+ лимфоцитов в популяции CD20+ В-лимфоцитов более 30% и С3 компонента комплемента более 30 мг/мл.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ АРИТМОГЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ СЕРДЦА

Пармон Е.В., Трешкур Т.В., Митрофанова Л.Б., Лебедев Д.С., Митрофанов Н.А.
ФГУ «ФЦ СКЭ им. В.А.Алмазова», Санкт-Петербург, Россия

Аритмогенная дисплазия правого желудочка (АДПЖ) - наследуемое злокачественное заболевание, лежащее в основе ряда желудочковых нарушений ритма (ЖНР). До настоящего времени для постановки диагноза пользовались критериями, разработанными в 1994 году. Однако, учитывая их низкую чувствительность, в 2010 году международной группой исследователей были предложены новые критерии постановки диагноза АДПЖ.

Цель: Диагностика АДПЖ с группе пациентов с неишемическими ЖНР.

Материалы и методы: В Центре осуществляется наблюдение за 411 пациентами с неишемическими ЖНР высоких градаций. На 09.2009 года в соответствии с определенной совокупностью больших и малых критериев McKenna W.J. и соавт. (1994) диагноз АДПЖ был поставлен 8 пациентам (2% от числа наблюдаемых), среди которых: (5 мужчин, 3 женщины, средний возраст 38,9±16,5 лет). Больным был тщательно собран семейный анамнез, выполнено ЭКГ, ЭХО-КГ, в 32 случаях - магнито-резонансная томография (МРТ) сердца в 2-х режимах и в 28 - эндомиокардиальная биопсия (ЭМБ).

Результаты: У всех пациентов наблюдались пароксизмы правожелудочковой тахикардии (ПЖТ) со средней частотой сокращения желудочков 180±23 уд. в мин, преимущественно в дневное время. Инверсия волны Т в правых грудных отведениях наблюдалась у 5 пациентов. Значительная дилатация и снижение фракции выброса ПЖ - у 2, семейный анамнез прослеживался также у 2 больных. С помощью ЭМБ патологическое содержание жировой ткани выявлено у 6, и с помощью МРТ также у 6 больных.

В апреле 2010 года в соответствии с новыми критериями диагноз АДПЖ у этих 8 пациентов был пересмотрен, для чего дополнительно была выполнена 2D-эхокардиография с определением расчетных показателей размеров ПЖ, были переосмыслены все данные других исследований и анамнеза. Диагноз АДПЖ у всех 8 пациентов сохранялся, однако он был поставлен уже на основании совокупности иных критериев. Менее чувствительными оказались критерии наличия жировой ткани, определяемые с помощью МРТ и первоначальные критерии аритмии. Им на смену у данных пациентов пришли изменившиеся критерии ЭКГ: инверсия волны Т над правыми грудными отведениями и ЖТ с морфологией БЛНПГ с отклонением оси вверх и количество ЖНР более 500 за сутки.

В ходе проспективного наблюдения за период 10±3,2 лет одна пациентка со значительной дилатацией и снижением ФВ ПЖ, наличием волны эпсилон, увеличением продолжительности QRS в V1-V3 через 3 года после постановки диагноза внезапно умерла. У остальных аритмия не прогрессирует, изменения ПЖ не нарастают (длительность заболевания в среднем по группе 4,5±2,3 года).

Заключение: Итак, согласно новым представлениям сочетание наличия ЖНР с выявляемой патологической жировой тканью по данным МРТ не являются абсолютными критериями постановки диагноза аритмогенной дисплазии сердца. Необходимо оценивать совокупность новых критериев с учетом анамнеза, ЭКГ-методов, ЭМБ, и определенных протоколов эхокардиографии и МРТ. Работа в этом направлении продолжается.

АССОЦИАЦИЯ ГЛИКЕМИИ И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ В ДВУХ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ ПОДХОДАХ

Пелло Е.В., Малютина С.К., Симонова Г.И., Никитин Ю.П.
Научно-исследовательский институт терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель исследования. В современной медицине сконцентрировано пристальное внимание на критериях верификации метаболического синдрома (МС), значении отдельных его компонентов и их сочетания в диагностике изучаемой патологии, немаловажной роли МС в прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний. В соответствии с основными чертами общепризнанных концепций настоящее исследование было предпринято для уточнения возможных интеграций нескольких ведущих факторов при МС в разных классификациях.

Материал и методы. В рамках проекта EPOGH обследовали рандомизированную выборку жителей г.Новосибирска. Использовали IDF и NCEP-ATP III критерии. Проводили суточное мониторирование АД. Измеряли «клиническое» и «домашнее» АД с помощью ртутного сфигмоманометра, рассчитывали пульсовое АД (ПАД).

Результаты. МС детерминирован инсулинорезистентностью, гиперинсулинемией, гипергликемией и абдоминальным ожирением (АО), обладающими ситуативной значимостью в патогенезе артериальной

гипертензии при МС. АО устанавливали у лиц с индексом массы тела (ИМТ) > 25,0 кг/м^2. Согласно IDF критериям в группе пациентов с АО (n=95) выявлена позитивная ассоциация «клинического» САД (r=0,21, p=0,042) и ПАД (r=0,20, p=0,049) с глюкозой сыворотки. Ориентируясь на группу обследованных с нормальным ИМТ (n=166), обнаружили прямую взаимосвязь «клинического» САД (r=0,18, p=0,023), «домашнего» САД (r=0,15, p=0,047), дневного САД (r=0,17, p=0,034), «клинического» ПАД (r=0,19, p=0,013), «домашнего» ПАД (r=0,19, p=0,016), 24-часового ПАД (r=0,17, p=0,032) и дневного ПАД (r=0,19, p=0,016) с гликемией. Оказалось целесообразным произвести альтернативный парциальный корреляционный анализ с включением ИМТ и гендерных различий, позволив констатировать положительную связь «клинического» САД (r=0,23, p=0,032), 24-часового САД (r=0,22, p=0,035), дневного САД (r=0,24, p=0,021), дневного ДАД (r=0,25, p=0,017) и «клинического» ПАД (r=0,23, p=0,029) с глюкозой у лиц с АО. Объективизируют позиции МС синхронно дублирующие данные, определенные с применением NCEP-ATP III критериев у больных с АО (n=62), по аналогии демонстрирующие позитивную взаимосвязь «клинического» ПАД (r=0,29, p=0,025) с гликемией и с точки зрения представленного парциального корреляционного анализа практически эквивалентную положительную интеграцию «клинического» САД (r=0,30, p=0,024), 24-часового САД (r=0,27, p=0,044), дневного САД (r=0,27, p=0,040), ночного САД (r=0,27, p=0,043) и «клинического» П А Д (r=0,31, p=0,018) с глюкозой сыворотки, документируя вероятность более сильной связи гликемии с уровнем АД в зависимости от прогрессирования степени выраженности АО. Дополнительно перспективным является ужесточение регламентированных дефиниций МС, способствующее высокоэффективной идентификации пациентов с МС.

Заключение. Следует подчеркнуть неопровержимую адверсивность неблагоприятных кардиометаболических влияний в комплексном формировании МС, реализующихся через каскад патофизиологических процессов, в общей сложности, проявляющийся нарушением углеводного обмена, разноплановой гиперактивацией симпатической нервной системы и повышением АД. В отношении рассмотренных критериев МС получены довольно убедительные тождественные результаты.

О МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОСНОВАХ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Петренко В.М.
ГОУВПО СПбГМА им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Более полувека продолжается дискуссия о роли спазма венечных артерий (ВА) в патогенезе ишемической болезни сердца, острого коронарного синдрома, выделяется ангиоспастическая стенокардия. Стенка ВА с атеросклеротической бляшкой (АБ) способна к тоническому напряжению с уменьшением кровотока вплоть до полного закрытия просвета в пораженном участке ВА. В развилках и на протяжении ВА человека и млекопитающих животных находят полиповидные утолщения или подушки, покрытые эндотелием, а под ним - эластическую мембрану и в разном количестве гладкомышечные пучки. Подушки гораздо крупнее и чаще обнаруживаются при нарушениях кровообращения. И там же чаще всего находят АБ.

С целью установить возможную патоморфологическую взаимосвязь этих образований мной проведено исследование ВА людей 17-79 лет: участки ветвления ВА были залиты в парафин, поперечные и продольные срезы толщиной 5-7 мкм окрашены пикрофуксином по Ван Гизон и Вергеффу.

Чаще в местах ветвления ВА и их ветвей встречаются небольшие окружные выступы стенки в их полость с разными формой и строением. Они могут иметь разные размеры на противоположных стенках, располагаться на разном удалении от начала ветви, преимущественно в проксимальном сегменте развилки, конечном отрезке ветвящейся артерии. По строению выступы можно разделить на локальные утолщения внутренней или средней оболочки, складки всех трех оболочек ВА, комбинированные образования. В стенке ВА, около места отхождения ее ветви часть поперечных мышечных пучков изменяет ориентацию на промежуточную (45°±10°) и охватывают ВА и начальный отрезок ветви. Циркулярные мышечные слои ВА и ее ветви проходят под разными углами друг к другу и объединяются, переплетаясь (~ сфинктер). Подушки ВА 2-го и 3-го видов имеют строение валиков редуцированных, бесстворчатых клапанов. Продольные миоциты интимы и циркулярные миоциты медии часто меняют в них ориентацию и переплетаются. В большинстве подушек интима утолщена в разной степени, особенно значительно при атеросклеротической трансформации стенки ВА, когда выступы достигают значительных размеров (положение в полости облегчает образование отложений), а их структура утрачивает пластичность. Такие «клапаны» ВА тормозят не только обратный, но и прямой кровоток, что приводит к нарушению кровоснабжения миокарда. Адаптивный морфогенез подушек обусловлен, вероятно, первичными изменениями внутренней и средней оболочек - утолщение субэндотелиального слоя соединительной ткани, миграция и размножение миоцитов. Под влиянием повторяющихся гемодинамических ударов (завихрений и пульсаций кровотока в местах деления ВА) расширяются щели в эндотелии и внутренней эластической мембране, компоненты крови проникают в стенку артерии через ее дефекты и формируется АБ, так же может повреждаться и ее фиброзная покрышка. В АБ, обычно небольших, определяются в разном количестве мышечные элементы.

Заключение. В развилках ВА встречаются сфинктероподобные скопления гладких миоцитов, и подушки ВА. Окружные переплетения миоцитов в их составе также могут играть роль сфинктера. Миоциты сохраняются в разной степени в развилках и подушках ВА, которые перерождаются в АБ, и могут служить морфологической основой спазма ВА с развитием ишемической болезни сердца.

ОЦЕНКА ФЛУОРЕСЦЕНТНЫХ СВОЙСТВ КОЖИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТОМ С УЧЕТОМ ВОЗРАСТА

Петрищев Н.Н., Папаян Г.В., Гринева Е.Н., Трофимова Е.А., Kang UK.

Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова Росмедтехнологии, Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Korean Electrotechnology Research Institute, Seoul.

Метод флуоресцентной спектроскопии кожи позволяет оценивать содержание конечных продуктов гликирования (КПГ) по спектрам аутофлуоресценции (АФ). Учитывая большую продолжительность жизни молекул коллагена и стабильность КПГ, этот метод можно использовать для определения "суммарного воздействия гипергликемии" в течение длительного времени, отражающий риск развития осложнений при сахарном диабете.

Методы исследования. Обследовано 11 больных сахарным диабетом 1 и 2 типов в возрасте от 41 до 69 лет (средний возраст 53,0 года). Контрольная группа представлена практически здоровыми лицами и составила 26 человек в возрастном диапазоне от 14 до 94 лет (средний возраст 43,3 года). Измерения выполнялись на волоконно-оптическом спектрофлуориметре «Skin-AGE», разработанном в Лазерном центре СПбГМУ им. Павлова, при участии "SOI-Korea Center KERI" (Республика Корея). В этом приборе возбуждение флуоресценции осуществляется светодиодным осветителем с длиной волны 365 нм; регистрация спектра производится в диапазоне 350-750 нм. В качестве измеряемого параметра используется интенсивность флуоресцентной эмиссии в области 430-450 нм нормированная относительно коэффициента отражения на длине волны возбуждения. Время измерения одного спектра 2 с. Окончательный результат представляет собой усреднение трех измеренных значений. Относительная случайная погрешность измерений 2,6%.

Результаты. Проверена сходимость результатов при измерениях кожи, расположенной на различных участках тела (плечо, предплечье, локтевой сгиб, колено, голень, лодыжка). Наиболее стабильные результаты получены на коже плеча в области бицепса, что позволяет выбрать эту область местом стандартного измерения. В контрольной группе наблюдалась сильная корреляция АФ с хронологическим возрастом обследуемых ($r=0,91$, $p<0.0003$), инкремент возрастных изменений в интервале 40-50 лет - 1,12. У больных диабетом корреляция с возрастом не установлена. Выявлено увеличение интенсивности АФ у больных сахарным диабетом в среднем на 16% по сравнению с группой практически здоровых лиц. Исследованы корреляционные связи АФ с биохимическими показателями и микрососудистыми осложнениями сахарного диабета. Получены следующие значения коэффициентов корреляции: с триглицеридами - 0.69 ($p=0.018$), с уровнем общего холестерина - 0.56 ($p=0.07$), с липопротеидами низкой плотности - 0.48 ($p=0.13$), с диабетической ретинопатией - 0.38 ($p=0.24$).

Выводы. Разрабатываемая технология оценки АФ кожи перспективна в плане определения конечных продуктов гликирования, повышение которых, с одной стороны, является ранним маркером сахарного диабета, с другой стороны, - предиктором развития сосудистых осложнений при наличии сахарного диабета.

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ЦИТОКИНЕМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Полтавцева О. В., Нестеров Ю. И., Тепляков А.Т.*

ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава», Кемерово, Россия, Учреждение РАМН НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия.*

Целью данной работы явилось определение взаимосвязи структурных изменений головного мозга, выявляемых методом магнитно-резонансной томографии (МРТ) и уровня цитокинов - интерлейкина-6 (ИЛ-6) и интерлейкина-10 (ИЛ-10) - в сыворотке крови у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и цереброваскулярными осложнениями.

Методы исследования. Проведено обследование 111 пациентов с АГ в возрасте от 40 до 75 лет (средний возраст - 58,9±0,65 года). 75 пациентов (67,6%) в течение года перенесли острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу, остальные 36 (32,4%) - транзиторную ишемическую атаку (ТИА). Всем пациентам, кроме общеклинического обследования, проводились МРТ головного мозга, а также определение уровня ИЛ-6 и ИЛ-10 в сыворотке крови.

Результаты. При проведении МРТ у 81 пациента (73%) выявлены патологические изменения головного мозга. Среди больных, перенесших ОНМК, 73,3% имели постинсультные кистозно-глиозные изменения вещества головного мозга, очаги лейкоарайоза I-II степени. У 72,2% пациентов с ТИА на магнитно-резонансных томограммах (МР-томограммах) отмечено расширение субарахноидальных пространств и диффузные субатрофические изменения головного мозга. Концентрация ИЛ-6 в сыворотке крови у всех пациентов составила в среднем 9,93±1,27 пг/мл, ИЛ-10 - 29,62±4,54 пг/мл.

У всех пациентов с органическими изменениями головного мозга выявлена тенденция к повышению уровня ИЛ-6 - 10,89±1,42 пг/мл, по сравнению с больными с неизмененнными МР-томограммами - 8,27±1,19 пг/мл ($p>0,05$), концентрация ИЛ-10 различалась незначительно и составила 27,55±3,94 пг/мл и 32,89±1,0 пг/мл, соответственно ($p>0,05$).

Среди пациентов с ОНМК уровень цитокинов у больных с патологическими и нормальными МР-томограммами существенно не различался и составил, соответственно: ИЛ-6 - 8,82±1,3 и 7,57± 0,94 пг/мл ($p>0,05$), ИЛ-10 - 27,06±4,45 и 23,16±1,99 пг/мл ($p>0,05$).

У пациентов с ТИА и патологическими изменениями на МР-томограммах, по сравнению с больными с неизмененными МР-томограммами, выявлено достоверное ($p<0,001$) повышение концентрации ИЛ-6 - 22,31±1,23 пг/мл и 9,66±0,51 пг/мл, соответственно, и, в то же время, снижение уровня ИЛ-10 - 30,83±2,94 и 51,36±2,89 пг/мл, соответственно ($p<0,05$).

Заключение. Среди пациентов с перенесенной транзиторной ишемической атакой и структурными изменениями головного мозга, выявляемых методом МРТ отмечена достоверно более высокая концентрация провоспалительного цитокина ИЛ-6 и более низкая - противовоспалительного ИЛ-10 в сыворотке крови, по сравнению с больными с ТИА без патологических изменений на МР-томограммах.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ РЕАКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ИНДУЦИРОВАННОЙ ДИНАМИЧЕСКОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ

Праскурничий Е.А., Праскурничая Н.А.
Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ,
Поликлиника 5 Управления делами Президента РФ г. Москва, Россия.

Выявленная ассоциация повышения уровня артериального давления (АД), регистрируемого во время физической нагрузки, с риском развития сердечно-сосудистых осложнений, прежде всего, церебрального инсульта, позволяет рассматривать в качестве актуальной задачи контроля артериальной гипертонии (АГ) коррекцию стресс-индуцированной гипертензивной реакции АД.

В качестве цели исследования рассматривалась сравнительная характеристика эффективности основных групп антигипертензивных препаратов в отношении снижения стресс-индуцированного повышения АД, возникающего в условиях динамической физической нагрузки.

В рамках исследования 138 человек в возрасте от 44 до 65 лет с 1-2 степенью АГ были рандомизированы в группы антигипертензивной терапии. Представители первой группы (n=36) получали ингибитор ангиотензинпревращающего фермента лизиноприл в дозе 10-40 мг в сутки, больные второй группы (n=42) - антагонист кальция амлодипин в суточной дозе 5-10 мг, пациенты третьей группы - агонист 1_1-имидазолиновых рецепторов моксонидин (n=32) в дозе 0,2-0,4 мг в сутки и лица четвертой группы (n=28) - р-адреноблокатор метопролол в дозе 100-150 мг в сутки.

Исходно и в конце 12 недели пациенты проходили обследование, которое включало сбор анамнестических данных, объективное обследование, измерение АД методом Н.С. Короткова, суточное мониторирование АД (СМАД), велоэргометрическую пробу.

Применение изучаемых препаратов характеризовалось сопоставимой антигипертензивной эффективностью. Доля пациентов, у которых удалось достигнуть снижения АД менее 140/90 мм рт.ст. в группах лизиноприла, амлодипина, моксонидина и метопролола существенно не различалась и составила 76%, 78%, 59% и 64% соответственно. На этом фоне лизиноприл и амлодипин вызывали достоверное снижение только максимального систолического АД, регистрируемого при достижении мощности нагрузки 100 Вт, соответственно с 215,0+13,3 до 200,0+24,0 мм рт.ст. и с 200,0+17,1 до 186,7+17,8 мм рт.ст. Терапия моксонидином не вызывала существенного изменения параметров данного варианта стресс-тестирования. Метопролол обеспечивал снижение как уровня максимального систолического АД, регистрируемого при

достижении мощности нагрузки 100 Вт, так и степени его прироста на данном уровне нагрузки соответственно с 200,0+7,2 до 190,0+5,2 мм рт.ст. и с 60,0±4,5 до 55,0±2,6 мм рт.ст.

Таким образом, при сопоставимой антигипертензивной эффективности антигипертензивные препараты разных фармакологических групп харктеризуются различной способностью подавления гипертензивной реакции, возникающей во время нагрузочного тестирования динамического типа.

СНИЖЕНИЕ СТЕПЕНИ ЛЕПТИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ ТЕРАПИИ АГОНИСТОМ Ii-ИМИДАЗОЛИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ МОКСОНИДИНОМ

Праскурничий Е.А., Коломейченко Н.А., Князев А.Н.
Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ,
Клиническая больница Управления Делами Президента РФ,
Клиническая больница 84 ФМБА России, Москва. Россия.

Цель исследования. Изучить эффективность коррекции гиперлептинемии и нарушений углеводного обмена у больных с метаболическим синдромом под влиянием терапии, основанной на использовании агониста I_1 -имидазолиновых рецепторов моксонидина.

Материал и методы. В исследование включено 50 пациентов с артериальной гипертонией (АГ) и метаболическим синдромом, которым на протяжении 12 недель проводилась терапия моксонидином (Физиотенз, «Solvey Pharma») в суточной дозе 0,4-0,6 мг в соответствии с уровнем артериального давления (АД). На фоне лечения осуществлялся контроль уровня АД, по данным казуальных значений и суточного мониторирования, а также уровней глюкозы, инсулина и лептина крови.

Результаты. По данным клинического измерения АД, терапия моксонидином характеризовалась положительным антигипертензивным эффектом. На фоне лечения средние значения систолического АД (САД) снизились со 152,1+16,3 до 137,1±19,5 мм рт. ст., а уровень диастолического АД (ДАД) - с 90,71+6,1 до 82,1±8,5 мм рт.ст. При этом количество пациентов, у которых удалось достигнуть снижения АД менее 140/90 мм рт.ст. составило 71%.

Среднесуточное АД на фоне лечения по данным суточного мониторирования АД (СМАД) снизилось с138,4+11,6 до 133,5±12,7 мм рт ст и с 82,0+7,55 до 81,6±7,7 мм рт. ст. для САД и ДАД соответственно. Особенностью антигипертензивного эффекта моксонидина, по данным СМАД, являлось преимущественное снижение уровня систолического АД в дневной период суток. При этом в данном исследовании не отмечено достоверного влияния изучаемого препарата на такие показатели, как вариабельность АД, суточный индекс, индекс гипертонии, индекс площади гипертонии, а также двойное произведение, что мы объясняем отсутствием выраженных изменений указанных параметров исходно.

При анализе метаболических показателей констатированы следующие тенденции. В ходе исследования не было выявлено статистически значимого изменения уровня гликемии на фоне приема моксонидина, хотя и отмечалась тенденция к ее уменьшению на 7,6%. Уровень инсулинемии на фоне терапии данным препаратом достоверно снизился на 31%. На этом фоне произошло достоверное снижение концентрации лептина крови с 38,4±2,6 до 21,3±3,4.

Заключение. Антигипертензивная эффективность агониста ^-имидазолиновых рецепторов моксонидина при использовании его при метаболическом синдроме ассоциируется с корригирующим влиянием данного препарата в отношении инсулино- и лептинорезистентности.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЗАЩИТНЫХ ЭФФЕКТОВ ЭРИТРОПОЭТИНА И ТИАНИНА В РАННЕМ И ОТДАЛЕННОМ ПОСТИШЕМИЧЕСКИХ ПЕРИОДАХ ПРИ ФОКАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У КРЫС

Просвирнина М.С., Шмонин А.А.

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И. П. Павлова, Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Оценить защитные эффекты эритропоэтина (ЭПО) и тианина при введении через 3 и 12 часов после фокальной ишемии головного мозга.

Материалы и методы. Исследование проводилось на самцах крыс линии Wistar (200-250 г). Моделировалась транзиторная фокальная ишемия головного мозга путем эндоваскулярной окклюзии левой средней мозговой артерии на 30 минут с последующей реперфузией в течение 48 часов. Верификация ишемии и исключение животных с субарахноидальным кровоизлиянием производились с использованием ультразвуковой допплерографии корковой ветви левой средней мозговой артерии. ЭПО вводили интраперитонеально в дозе 5000 МЕ/кг. Тианин также вводили интраперитонеально в дозе 4мг/кг. Протокол включал 5 групп животных: 1. Контроль (n=8) - 30 мин. ишемии + 48 ч реперфузии; 2. ЭПО 3 (n=5) - введение ЭПО через 3 часа после ишемии; 3. ЭПО 12 (n=6) - введение ЭПО через 12 часов после ишемии; 4. Тианин 3 (n=6) - введение тианина через 3 часа после ишемии; 5. Тианин 12 (n=11) - введение тианина через 12 часов после ишемии. Через 48 ч оценивали неврологический дефицит (шкала Garcia, исходно все крысы имели 18 баллов), выраженность отека мозга (по коэффициенту асимметрии, то есть разности левой и правой гемисфер мозга) и размер некроза (окраска срезов мозга 0,1% раствором трифенилтетразолия хлорида).

Результаты. ЭПО в дозе 5000 МЕ/кг при введении через 3 и 12 часов после ишемии и тианин в дозе 4мг/кг при введении через 3 и 12 часов после ишемии уменьшали размер некроза более чем на 60% по сравнению с контролем (p=0,003; p=0,002; p=0,005 и p=0,001, соответственно). Степень неврологических нарушений при применении ЭПО в дозе 5000 МЕ/кг через 3 и 12 часов после ишемии и тианина в дозе 4мг/кг через 3 и 12 часов после ишемии была достоверно меньше (p=0,006; p=0,003; p=0,002 и p=0,001, соответственно) по сравнению с контролем. ЭПО в дозе 5000 МЕ/кг при введении через 3 и 12 часов после ишемии и тианин в дозе 4мг/кг при введении через 3 часа после ишемии достоверно уменьшали выраженность отека мозга по сравнению с контролем (p=0,014; p=0,013 и p=0,017, соответственно). Тианин в дозе 4мг/кг при введении через 12 часов после ишемии существенно не влиял на степень отека мозга (p=0,111) по сравнению с контролем при фокальной ишемии головного мозга у крыс.

Выводы. Введение ЭПО в дозе 5000 МЕ/кг через 3 и 12 часов после ишемии и тианина в дозе 4мг/кг через 12 часов после ишемии оказывают выраженный нейропротективный эффект при фокальной ишемии головного мозга у крыс, проявляющийся уменьшением размера некроза, выраженности отека мозга и тяжести неврологического дефицита. ЭПО в дозе 5000 МЕ/кг при введении через 3 и 12 часов после ишемии более эффективен, нежели тианин в дозе 4мг/кг при введении через 3 и 12 часов после ишемии.

ВЛИЯНИЕ ИНСЕРЦИОННО-ДЕЛЕЦИОННОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА НА ФОРМИРОВАНИЕ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ГЕСТОЗЕ

Радьков О.В., Заварин В.В., Блинова Н.И.

Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Тканевые и циркулирующие компоненты ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) влияют на особенности тканевой перфузии и функции эндотелия. Вместе с тем остается малоизученным генетический полиморфизм РААС в свете формирования дисфункции эндотелия при гестозе.

Цель. Исследовать функцию эндотелия при гестозе в зависимости от инсерционно-делеционного (I/D) полиморфизма гена ангиотензин-превращающего фермента (АСЕ).

Методы исследования. Обследовано 98 беременных - 64 больных гестозом и 34 здоровых в III триместре гестации. Оценка скоростных показателей кровотока проведена с помощью постоянноволновой высокочастотной ультразвуковой допплерографии в области ногтевого валика среднего пальца кисти. Анализировали Vs - максимальную систолическую скорость кровотока по кривой максимальной скорости, (см/сек). Для оценки эндотелий-зависимой вазодилятации (ЭЗВД) использовалась ишемическая проба. Запись допплерограммы после декомпрессии выполнялась через 30 секунд, 1, 2, 3, 4 и 5 минут. I/D полиморфизм гена АСЕ типирован методом анализа полиморфизма длин амплификационных фрагментов.

Полученные результаты. Распределение частот генотипов и аллелей у здоровых беременных и при гестозе для I/D полиморфизма гена ACE соответствовало закону Харди-Вайнберга. Частота генотипов и аллелей изучаемого полиморфизма в группах достоверно не различалась. Генотип DD отмечен у 8 (23,5%) здоровых беременных и среди 18 (28,1%) больных гестозом, ID - 15 (44,1%) и 32 (50,0%), II - 11 (32,4%) и 14 (21,9%) соответственно. Аллель D - 31 (45,6%) и 68 (53,1%), I - 37 (54,4%) и 60 (46,9%) соответственно.

Фоновая скорость тканевой перфузии у здоровых беременных составила 20,05±2,7 см/сек и достоверно не отличалась при гестозе, составившей 18,8±4,2 см/сек. Скорости в постишемическом периоде: на 30-ой секунде - 24,1±5,6 и 20,2±2,9 см/сек ($p<0,05$), на 1-ой минуте - 22,8±4,3 и 20,07±2,3 см/сек ($p<0,05$), на 2-ой минуте - 22,1±2,2 и 18,1±1,7 см/сек ($p<0,05$), на 3-ей минуте - 20,8±4,15 и 17,8±2,5 см/сек ($p<0,05$), на 4-ой минуте - 20,2±2,8 и 17,6±4,4 см/сек, а на 5-ой минуте - 18,9±4,2 и 17,9±3,7 см/сек соответственно. Показатель ЭЗВД у здоровых беременных составил 22,4±4,7% и был выше, чем при гестозе - 14,6±1,9% ($p<0,05$). Вместе с тем, продолжительность гиперемии среди больных оказалась вдвое меньшей (2 минуты), а в контроле 4 минуты.

Распределение показателей ЭЗВД в зависимости от I/D полиморфизм гена ACE выглядит следующим образом. Среди носителей II генотипа ЭЗВД составила 20,6±2,1 и 14,5±2,4% соответственно ($p<0,05$), среди гетерозигот с ID генотипом - 22,5±3,3 и 14,8±2,2% ($p<0,05$), а при DD генотипе - 20,1±1,9 и 9,3±1,7 ($p<0,05$) соответственно. Причем у носителей DD генотипа среди больных установлены достоверно наиболее низкие значения ЭЗВД, чем в других подгруппах с гестозом.

Заключение. Таким образом, I/D полиморфизм гена ACE влияет на формирование эндотелиальной дисфункции при гестозе, где наиболее низкие значения ЭЗВД обнаружены у носителей DD генотипа.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Ревишвили А. Ш., Григорьев А.Ю., Воробьева В.М., Ломидзе Н.Н., Фетисова Е.А.
Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН, Москва

Цель исследования: изучить эффективность ресинхронизирующих имплантируемых кардиовертеров-дефибрилляторов (КВД) у больных с застойной сердечной недостаточностью (ЗСН), блокадой левой ножки пучка Гиса (ЛНПГ), низкой фракцией выброса левого желудочка (ЛЖ) и длительно персистирующей формой фибрилляции предсердий (ФП).

Материал и методы. В отделении хирургического лечения тахиаритмий НЦССХ им. А.Н. Бакулева с июля 2004г. системы бивентрикулярных КВД были имплантированы 45 пациентам 48,6±13,5 лет, ФК по NYHA - 3,33±0,82, ФВ ЛЖ-26,8±9,5%. БЛНПГс длительностью СЖБ>140мс наблюдалась у 34 пациентов, у 1 пациента полная поперечная блокада с широкими QRS. Причиной ЗСН 9 пациентов (20%) являлась идиопатическая дилатационная кардиомиопатия, 26 (58%) - ИБС, ПИКС, 10 (22%) - аритмогенная кардиомиопатия, связанная с длительно персистирующей формой фибрилляции предсердий. Всем пациентам имплантированы ресинхронизирующие КВД: 10 по поводу мономорфной ЖТ, 4 -полиморфной ЖТ, 3 - ФЖ в анамнезе, 28 - с целью первичной профилактики аритмий сердца. Расчёт и оптимизация временных параметров AV-задержки и межжелудочковой задержки проводился под ЭХО-КГ контролем. У пациентов с ФП проводилась только оптимизация VV-задержки. Наиболее оптимальной VV-задержка была 0 мс у 38 пациентов, у 5 пациента оптимальной оказалась стимуляция ЛЖ до ПЖ.

Полученные результаты. Период наблюдения составил в среднем 20,0±9,2мес. (мин. 1 мес., макс. 80 мес.). 1й эпизод ФЖ имел место у 1 пациента через 1 мес. после имплантации КВД. Эпизод полиморфной ЖТ имел место у 2 пациентов через 1 мес. и 2 мес. от момента имплантации. У 4 пациентов имели место мономорфные ЖТ с ДЦ 290 мс в различные сроки. У пациентов с тахисистолической формой ФП имелись пробежки неустойчивой ЖТ. Контроль частоты сердечных сокращений достигался при помощи фармакологической терапии либо РЧА АВУ таким образом, чтоб стимуляция желудочков была более 85%. У пациентов с многократными ЖТ в анамнезе снизилось количество приступов в течение года. У больных отмечалась увеличение ФВ ЛЖ в среднем на 39,97% от начального значения, улучшение функционального класса по NYHA на 1,00±0,71; длительность QRS при спонтанном ритме составила 156±16мс, при правожелудочковой стимуляции 157±7мс, при бивентрикулярной стимуляции 119±18мс. За время наблюдения погибли 3 пациента. Причина смерти - прогрессирующая СН.

Выводы. Ресинхронизационная терапия сердца достоверно уменьшает проявления симптомов СН у пациентов с БЛНПГ. Все эпизоды ФЖ/ЖТ были успешно купированы. Эхокардиографически наблюдали уменьшение площади и объёма митральной регургитации, укорочение интервала между началом аортального

потока и потока в лёгочную артерию, достоверно увеличился dP/dT в аорте, улучшилось синхронное сокращение сегментов желудочков во время систолы.

НАРУШЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АНЕМИЕЙ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Рокотянская Е.А., Посисеева Л.В., Мясоедова С.Е.
Федеральное государственное учреждение «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н.Городкова Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи» Иваново, Россия

Проблема анемии у беременных является очень актуальной в связи с широкой распространенностью и высокой частотой развития акушерских и перинатальных осложнений. Анемия - давно известное, всесторонне изученное заболевание, тем не менее, весьма резистентное к любым современным методам лечения, а по числу вызываемых ею осложнений не может сравниться ни с одним экстрагенитальным заболеванием. По данным всемирной организации здравоохранения, из всех заболеваний крови на долю анемий приходится 90%, ЖДА страдают до 20% населения земного шара, а ее частота у беременных колеблется от 21 до 80%. Нарушения микроциркуляции играют важную роль в патогенезе анемии и существенно влияют на развитие осложнений беременности.

Целью работы стало установление особенностей микроциркуляторного русла при анемии легкой степени тяжести у беременных женщин во втором триместре гестации. В условиях клиники НИИ МиД им. В.Н. Городкова в соответствии с целью исследования были обследованы 37 женщин в сроке 13-26 недель гестации с анемией беременных легкой степени тяжести (гемоглобин от 90 до 110 г/л); в контрольную группу вошли 40 беременных женщин в том же сроке гестации без анемии с неосложненной на момент обследования беременностью. Исследование микроциркуляции проводилось методом лазерной допплеровской флоуметрии. Для регистрации параметров микроциркуляции использовался компьютеризированный лазерный допплеровский флоуметр ЛАКК-02 (НПП «ЛАЗМА», Москва). Статистическая обработка полученных результатов выполнялась с использованием пакета прикладных программ «Microsoft Excel 2000» на персональном компьютере. Достоверность различий между сравниваемыми группами оценивали по t-критерию Стьюдента. Различия сравниваемых величин признавали статистически достоверными при уровне значимости $p<0,05$. Изучение особенностей микроциркуляторного русла методом лазерной допплеровской флоуметрии выявило достоверные различия ($p<0,01$) в исходных показателях периферической перфузии кожи предплечья: амплитуда пульсовых колебаний ACF в группе с анемией была достоверно ниже, чем в контрольной. При анализе гемодинамических типов микроциркуляции обследованных женщин в группе беременных с анемией получен достоверно более высокий ($p<0,05$) процент типов микроциркуляции с элементами застоя (77,27%) по сравнению с группой контроля (42,11%). Таким образом, проведенное нами исследование показало, что при легкой степени анемии беременных в микроциркуляторном русле существуют застойные явления на уровне посткапиллярного звена, что подтверждает определенную роль микротромбозов в патогенезе развития плацентарной недостаточности при анемии беременных легкой степени тяжести.

ВЛИЯНИЕ УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРАПУЛЬСАЦИИ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ИШЕМИЕЙ

Рябов В.В., Оюнаров Э.О., Марков В.А, Карпов Р.С.
УРАМН НИИ кардиологии ТНЦ РАМН, г. Томск, Россия

Цель. Оценить влияние УНКП на клиническое течение ОИМ, осложненного рецидивирующей ишемией миокарда.

Материал и методы. Было проведено открытое рандомизированное контролируемое исследование у больных с острым инфарктом миокарда, осложненным постинфарктной рецидивирующей ишемией миокарда в возрасте от 46 до 87 лет. Данным больным, по причине не подходящей коронарной анатомии для эндоваскулярных методов лечения и очень высокого риска кардиохирургического вмешательства было невозможно применить тот или иной метод реваскуляризации. В основную группу было рандомизировано 20 пациентов в возрасте 68,2±10,31 лет, в контрольную 21 пациент в возрасте 68,5±10,14 лет. Все пациенты получали стандартную медикаментозную терапию. Пациентам основной группы дополнительно проводились

сеансы усиленной наружной контрапульсации. Процедуру УНКП выполняли после подписания информированного согласия, на аппаратуре, состоящей из воздушного компрессора, мониторингового блока, трёх пар пневматических манжет и процедурной кушетки (модель TS3, Уа8отесиса1, Вестбери, Нью-Йорк).

Лечение УНКП продолжали до выписки больного из стационара. Первые 7 дней после ИМ продолжительность процедуры составляла 30 минут в сутки, затем по 60 минут. Давление, создаваемое в манжетах, составило 260-280 mmHg. Оценивали клинико-демографические параметры, безопасность и переносимость наружной контрапульсации. Эффективность оценивали по признакам стабилизации симптомов коронарной недостаточности, динамики симптомов острой сердечной недостаточности, госпитальной летальности.

Результаты. В результате проведенного исследования была выявлена хорошая переносимость сеансов УНКП. Среди побочных эффектов следует отметить кратковременные эпизоды симптомов ишемии нижних конечностей во время сеансов, которые не требовали отмены терапии. Стабилизация состояния достигнута на 8,3±6,8 день в основной группе и на 6,2±5,4 день в контрольной, что проявлялось: уменьшением симптомов стенокардии, сердечной недостаточности, снижением потребности в нитроглицерине, уменьшением количества вызовов дежурного персонала. После стабилизации состояния 4 (20%) пациентам основной группы, 3 (14,3%) контрольной была выполнена хирургическая реваскуляризация. У 3 (15%) больных основной группы развился рецидив острого инфаркта миокарда, у 6 (28,6%) в контрольной. В основной группе 1 (5%) умер, в контрольной 6 (28,6%) пациентов.

Выводы. Таким образом, дополнительное применение усиленной наружной контрапульсации к медикаментозной терапии у этой тяжелой группы больных, уменьшает развитие РОИМ, смертность. Позволяет использовать УНКП в качестве моста перед проведением хирургической реваскуляризации.

ВЛИЯНИЕ ФАРМАКОИНВАЗИВНОЙ РЕПЕРФУЗИИ ПРИ ПЕРЕДНЕМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА

Рябов В.В., Рябова Т.Р., Шурупов В.С., Оюнаров Э.О., Марков В.А.
НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия,
СибГМУ, Томск, Россия.

Цель исследования: в зависимости от вида реперфузионной терапии изучить особенности клинических и эхокардиографических параметров у больных после острого первичного переднего трансмурального инфаркта миокарда (ИМ).

Материал и методы: в сравнительное исследование взят 151 больной, которых разделили на 4 группы: 1-я группа (n = 43) - в/в ТЛТ стрептокиназой 750000 ЕД в течение 10 мин. Вторая группа (n =38) - в/в ТЛТ стрептокиназой 1,5 млн ЕД в течение 60 мин, 3-я группа с отсроченным ЧКВ после успешной ТЛТ (n=43); в 4-ю группу вошли больные с первичным ЧКВ (n=27). По параметрам, определяющим прогноз ИМ, группы были сопоставимы. При первичном ЧКВ в 100% случаев имплантировали голометаллические стенты против 11 (26%) больных 3-й группы. Эхокардиографическое обследование выполнено на 1-е, 21-е сутки, 6 и 12 мес после острого ИМ, на диагностической системе VTVTD7, GE. Клиническими конечными точками были: смерть, рецидивирующий или повторный ИМ, нестабильная стенокардия и стабильная стенокардия, тромбоз ЛЖ, рестеноз стентированной ИСКА, ФК ХСН > II ФК.

Результаты: у больных с первичным ЧКВ реже наблюдалась постинфарктная стенокардия. У больных групп ТЛТ количество тромбозов ЛЖ было меньше. Малые кровотечения отмечены только у больных 3-й группы. Через 6 мес после ИМ по конечным точкам различий выявлено не было. По 2 пациента умерли от повторного фатального ИМ в 1-й и 2-й группах. У 40% больных в каждой группе была стенокардия, 10-15% больных за 6-месячный период наблюдения перенесли эпизод нестабильной стенокардии. Процедуры повторной реваскуляризации были редкими в пределах 5%. В каждой группе у большинства больных был I ФК ХСН. Через 12 мес после ИМ выявлено, что больных с I ФК ХСН в группах больных с ТЛТ стало меньше (снизилось до 50%), тогда как в группах больных с инвазивным лечением динамики по этому показателю не было, что обусловило достоверное различие по комбинированной конечной точке, которая чаще развивалась у больных 1-й и 2-й группы.

К 21-м суткам ИМ дилатация ЛЖ развивалась у больных всех групп. Однако степень увеличения ЛЖ была большей во 2-й группе больных. Увеличение ЛЖ наблюдали и в отдаленные сроки ИМ вместе с тем, к сроку 12 мес установлено, что дилатация ЛЖ в группах инвазивного лечения была меньшей. Частота увеличения ЛЖ более чем на 20% была одинаковой во всех группах больных и соответствовала примерно 1/3 больных. Установлено восстановление локальной сократимости ЛЖ к 3-й неделе ИМ относительно ее исходного нарушения в первые сутки ИМ. При этом уменьшение ИНЛС у больных групп инвазивного лечения наблюдалось вплоть до 12 мес, тогда как у больных 1-й и 2-й групп этого подтвердить не удалось.

Таким образом, ранняя постинфарктная дилатация ЛЖ наблюдается не зависимо от вида реперфузионной терапии, поздняя дилатация ЛЖ в группах инвазивного лечения выражена в меньшей степени. При этом профилактирующее влияние режимов ТЛТ на ремоделирование ЛЖ после острого переднего ИМ эквивалентно. По данным нашего исследования, преимущества инвазивной стратегии ведения больных с первичным передним ИМ с подъемом сегмента ST выявлены по комбинированной конечной точке только к 12-му мес наблюдения.

ЛАЗЕРНАЯ ДОППЛЕРОВСКАЯ ФЛОУМЕТРИЯ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ КОЖИ ПРИ ВАСКУЛИТАХ ИНФЕКЦИОННОЙ ПРИРОДЫ

Садретдинов Р.А., Галимзянов Х.М.
ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава», г. Астрахань, Россия

Серьезный прорыв в изучении кожной микроциркуляции был достигнут благодаря развитию лазерной техники и методов оптического спектрального анализа, способствовавших разработке лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ). Среди особенностей ЛДФ следует отметить неинвазивный прижизненный анализ показателей, возможность получения большого количества измерений, регистрации и обработки в реальном масштабе времени. Это позволяет исследовать ритмические процессы в микрососудах, обусловленные пульсовыми и циркадными влияниями

Цель: выявить микроциркуляционные сдвиги у больных инфекционными васкулитами.

Методы исследования: Нами проведено клиническое и инструментальное обследование 75 больных Астраханской риккетсиозной лихорадкой, Ку-лихорадкой и Лихорадкой Западного Нила (25 больных Астраханской риккетсиозной лихорадкой (АРЛ) - 33,3%, 25 больных Ку-лихорадкой - 33,3% и 25 больных Лихорадкой Западного Нила (ЛЗН) - 33,3%) находившихся на стационарном лечении в Астраханской областной инфекционной больнице за период 2006-2009 гг.

Диагноз базировался на комплексе клинико-эпидемиологических данных, а также серологических реакциях. Оценка состояния микроциркуляторного русла кожи проводилась с помощью отечественного аппарата - лазерного анализатора капиллярного кровотока ЛАКК-01 (НПП «ЛАЗМА).

Полученные результаты: Анализ полученных допплерограмм выявил наиболее выраженные изменения в ПМ 4 точке (правая голень). Функциональная тепловая проба позволяет выявить реактивность микрососудов, их резистентность, состояние регуляторных механизмов и резерв микроциркуляторного русла. Выявлено существенное снижение резерва капиллярного кровообращения (РКК) у больных Астраханской риккетсиозной лихорадки (238,09%) по сравнению с группой больных ЛЗН и Ку-лихорадки, а также с контрольной группой (425,39%), свидетельствующие о наличии микрососудистых нарушений. Эти изменения связаны со сниженной способностью к вазодилятации микроциркуляторных сосудов на воздействие повышенного притока крови, поскольку в сосудистой стенке формируются специфические дегенеративные изменения по типу продуктивного васкулита.

Снижение резерва капиллярного кровообращения в 2 и более раза может быть принято в качестве диагностического критерия. Это может свидетельствовать об уже имеющихся изменениях в микроциркуляторном русле, что проявляется снижением резервных возможностей микрососудов по увеличению притока крови во время реактивной тепловой гиперемии и косвенно подтверждает литературные сведения о возможности формирования таких осложнений в дальнейшем как микроангиопатии.

Заключение: Метод ЛДФ с проведение тепловой пробы и определением уровня РКК позволяет выявить скрытые микроциркуляторные расстройства, что предопределяет тактику лечения.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ НАРУШЕНИИ МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Самсонова Т.В., Назаров С.Б., Кузьменко Г.Н., Попова И.Г.
ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства имени В. Н. Городкова, Росмедтехнологии», Иваново, Россия

Процессы созревания, дифференцировки и образования нейронных сетей в развивающемся мозге находятся под контролем нейротрофических факторов. Однако малоизученным остается их значение в развитии неврологических нарушений у детей при перинатальных поражениях головного мозга. Одним из наиболее частых клинических проявлений последствий перинатальных поражений головного мозга у детей первого года

жизни является нарушение моторного развития. Прогнозирование этих нарушений является сложным и технически трудно осуществимым.

Целью работы явилась разработка технологии прогнозирования нарушения моторного развития у детей с перинатальными поражениями головного мозга на первом году жизни на основании исследования динамики продукции нейротрофического фактора головного мозга BDNF. Проведено клинико-лабораторное обследование 90 детей первого года жизни, перенесших перинатальные гипоксические поражения головного мозга средней степени тяжести. Контрольную группу составили 30 здоровых детей того же возраста. Всем детям проводилось клиническое неврологическое обследование и определение содержания BDNF в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа в динамике, в возрасте 1 и 3 месяцев жизни. В результате исследования установлено, что показатель количества нейротрофического фактора головного мозга в сыворотке венозной крови ребенка с перинатальным гипоксическим поражением головного мозга в возрасте 3-х месяцев жизни имеет прогностическое значение в отношении его моторного развития. При его значении 15 нг/мл или менее прогнозируется нарушение моторного развития у ребенка в возрасте 6-ти месяцев жизни. По-видимому, уровень продукции нейротрофического фактора головного мозга BDNF в восстановительном периоде перинатальных гипоксических поражений головного мозга влияет на последующее моторное развитие детей через воздействие на рост и дифференцировку мотонейронов, регуляцию нейротрансмиссии в развивающихся синапсах.

На основании полученных результатов предложена новая технология прогнозирования нарушения моторного развития у детей с перинатальными поражениями головного мозга на первом году жизни, обладающая высокой точностью (96,7%), чувствительностью (94,1%) и специфичностью (100%). Применение ее позволит своевременно корригировать тактику проводимых лечебных мероприятий.

ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ, СЕРДЕЧНЫЕ ГЛИКОЗИДЫ И АДЕНОЦИН

Семиголовский Н.Ю., Иванова Е.В., Азанов Б.А., Верцинский Е.К.
Клиническая больница№122 им. Л.Г.Соколова ФМБА РФ, г. Санкт-Петербург

Ввиду большой распространенности синдрома слабости синусового узла у больных пожилого и старческого возраста, применение сердечных гликозидов (СГ) при недостаточности кровообращения и фибрилляции предсердий сталкивается нередко с нарастанием блокад, падением частоты желудочковых сокращений (ЧЖС), развитием диссинергии желудочков с усугублением застоя в легких. В свое время анализ причин внезапной смерти стационарных больных в клиниках I Медицинского института показал, что в анамнезе большинство умерших имели инфузии сердечных гликозидов. Выходом может служить применение нового препарата - Аденоцина, содержащего бета-ацетилдигоксин (0,075 мг) никотинамидадениндинуклеотид (0,5 мг), оксифедрин (0,3 мг), инозин (80 мг) в одной ампуле лиофилизата.

Целью исследования явилась оценка эффективности препарата в простом открытом пилотном исследовании его применения в интенсивной герокардиологии.

Внутривенное введение содержимого 1-2 флаконов препарата в 100 мл физиологического раствора 1-2 раза в сутки применено у 12 больных (от 68 до 80 лет, средний возраст 76,5 года) отделения кардиореанимации в ситуациях, требующих инотропной поддержки без урежения ЧЖС. В ряде случаев препарат вводили внутривенно болюсно медленно в 20 мл физиологического раствора. У всех пациентов исходно регистрировалась фибрилляция предсердий, в 5 случаях - постоянная форма, в 7 - пароксизмальная на фоне тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии, подтвержденной инструментально (сцинтиграфия, Эхо-кардиография) и биохимически (повышение уровня Д-димеров). При введении препарата отмечены положительные сдвиги - стабилизация гемодинамики, уменьшение явлений сердечно-легочной недостаточности без излишнего урежения ЧЖС и развития нарушений проводимости миокарда. Восстановления синусового ритма при введении препарата не наблюдали. Неблагоприятные побочные действия Аденоцина и явления гликозидной интоксикации не зарегистрированы ни при капельном, ни при болюсном введении препарата. Таким образом, наш скромный опыт применения Аденоцина в интенсивной герокардиологии весьма обнадеживает своей эффективностью и безопасностью.

ХОЛЕСТЕРИН КРОВИ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ: СООБЩЕНИЕ I

Семиголовский Н.Ю., Сапегин А.А.

ФГУЗ Клиническая больница №122 ФМБА РФ, г. Санкт-Петербург

Последние десятилетия прошлого века и начало нынешнего прошли под знаком борьбы с «несомненным злом», губящим Человечество - гиперхолестерин-емией. Вместе с тем, по-видимому, к сожалению, забвению предана неудача с американским исследованием «Проект коронарного препарата» (1970-1975), в котором предполагалось использовать тироксин в стремлении снизить у нации уровень холестерина. Исследование было остановлено досрочно уже через год из-за прогрессивного увеличения смертности в группе больных ишемической болезнью сердца (ИБС), получавших гормональный препарат, по сравнению с группой плацебо (Lorimer A.R., 1980).

При проспективном анализе 17-летней смертности в большой популяции C.E. Salmond и соавт. (1985) выявили достоверную обратную корреляцию уровня холестерина крови и общей смертности. По-видимому, повышение холестерина является лишь суррогатным маркером ИБС, а гипохолестеринемия, в свою очередь, способна резко нарушать текучесть клеточных мембран и тем самым отрицательно влиять на здоровье. Было показано также, что выживаемость при хронической сердечной недостаточности тем больше, чем выше уровень холестерина (Horwitch e.a., 2002). Причем низкий его уровень является независимым предиктором летального исхода (данные регистра РК НПК, Арутюнов Г.П., 2003). Снижение уровня холестерина крови в течение 7 суток после травмы также указывает на неблагоприятный прогноз (Корячкин В.А., В.И.Страшнов, 2004). При разности уровней холестерина между 1-м и 7-м днями после травмы более 12 ммоль/л - летальный исход наблюдается в 70% случаев! Любопытно, что использование аторвастатина у больных с артериальной гипертензией и незначительной гиперлипидемией в исследовании ASCOT (более 10 тысяч обследованных) показало увеличение риска развития сердечной недостаточности. В исследовании HPS в подгруппе больных с исходной ХСН симвастатин не показал достоверной способности снижать смертность, а в проекте ELITE II у 11% включенных в исследование больных ХСН, получавших лечение статинами, смертность была достоверно (p=0,003) на 7% выше, чем у не принимавших эти препараты (цит. по Арутюнов Г.П., 2003).

ХОЛЕСТЕРИН КРОВИ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ: СООБЩЕНИЕ II

Семиголовский Н.Ю., Сапегин А.А.

ФГУЗ Клиническая больница №122 ФМБА РФ, г. Санкт-Петербург

Анализ 8 плацебо-контролируемых рандомизированных исследований (ПКРИ) в первичной профилактике при повышенном сердечно-сосудистом риске (Lancet 2007; 369) показал, что у женщин статины не уменьшают ни общую смертность, ни общую заболеваемость, а у лиц старше 69 лет частота коронарных событий при их приеме не снижается вовсе. Было показано также, что у людей от 71 до 93 лет при наименьшем уровне холестерина крови (2,09-4,32 ммоль/л) риск смерти от инфаркта, инсульта и онкологических заболеваний на 35% выше, чем при самом высоком его уровне (5,44-9,88 ммоль/л). Примечательно, что как раз высокое содержание холестерина, связанного с «хорошими» липопротеидами высокой плотности, на 30-40% снижает риск развития болезни Альцгеймера, буквально захлестнувшей США в последние годы, отличающиеся повальным увлечением этими небезобидными, как выясняется, препаратами.

Каковы же механизмы негативного действия статинов на здоровье? Доказано, что под их влиянием снижается уровень убихинона (коэнзима Q-10) - эндогенного антиоксиданта и важнейшего звена цепи тканевого дыхания. Статины способны провоцировать эндотоксикоз и прогрессирование ХСН, стимулируя синтез и выброс цитокинов, в частности, фактора некроза опухоли-а (Rauchhaus ea, 2000).

К известным побочным действиям применения статинов относят не такие уж редкие случаи рабдомиолиза, гепатопатий и даже провоцирование развития онкопатологии. Так ПКРИ PROSPER показало, что применение правастатина способствовало 25%-ному росту заболеваемости раком легких. А другое ПКРИ MRFIT показало, что при уровне общего холестерина (ОХС) плазмы менее 160 мг% риск смерти от раковых заболеваний составил +18% против -5% у больных с ОХС выше 240 мг%.

В нашей практике мы столкнулись с нередкими случаями низкого уровня холестерина (3,5-4,5 ммоль/л) у острых коронарных больных и - напротив - с выявления «чистых» коронарных артерий у лиц пожилого возраста с длительной гиперхолестеринемией. Не пора ли пересмотреть концепцию «холестериновой угрозы Человечеству»?

ЦИТОПРОТЕКТОР «МЕТРОП ГП» В ЭКСПЕРИМЕНТЕ И КЛИНИКЕ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Семиголовский Н.Ю., Алексеев В.А., Бородин Н.В., Колбасов С.Е.
Клиническая больница№122 им. Л.Г.Соколова ФМБА РФ,
Институт токсикологии МЗиСР РФ, г. Санкт-Петербург

Проведено экспериментальное и клиническое исследование нового отечественного препарата Метроп ГП (0.45% раствор нативного меда, приготовленный по оригинальной запатентованной криотехнологии, в ампулах по 1 мл). В модели экспериментального острого инфаркта миокарда (ОИМ) у крыс препарат «Метроп ГП» обнаружил выраженное противоишемическое действие, препятствовал формированию очага некроза и достоверно повышал выживаемость животных. Выявлены рост коронарного кровотока и сократительной способности миокарда, нормализация атриовентрикулярной и внутрижелудочковой проводимости. Пилотные клинические испытания препарата проведены у больных ОИМ с критерием включения - фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) ниже 40% по Эхо-кардиографическим данным на момент поступления. Препарат вводили подкожно 2-3 раза в сутки по 1 мл 22 больным 60-79 лет (средний возраст 67,0 ± 6,3 лет) острым инфарктом миокарда в первые 3-5 дней госпитализации. В 4 случаях имела место сопутствующая тромбоэмболия легочной артерии, в 5 - мерцательная тахиаритмия. Контрольную группу составили 14 невыбранных больных 55-78 лет (средний возраст 64,2 ± 6,2 лет), проходивших лечение по поводу острого инфаркта миокарда в том же отделении и не получавших антигипоксантов. Исследование показало, что средний койко-день, проведенный больными основной группы в отделении кардиореанимации, имел тенденцию к снижению, по сравнению с контрольным показателем ($P>0,10$), отмечено ускоренное снижение содержания тропонина I, а также активности МВ-КФК, ЛДГ$_1$ ($P<0,05$), ускоренное нарастание ФВЛЖ в динамике у больных, получавших препарат, по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$). У препарата, возможно, имеется и противовоспалительное действие, поскольку ни в одном случае не отмечено затяжной лихорадочной реакции, включая наблюдения сопутствующей тромбоэмболии легочной артерии. Защитное действие препарата может быть обусловлено микроэлементами (медь и цинк) в его составе, дефицит которых описан у острых коронарных больных (Младенов С., 1969; Гамидуллаев С.Н. и соавт., 2000; Hauze P., 1989; Hauze P. e.a., 1991).

СПОНТАННЫЕ РАЗРЫВЫ АОРТЫ, ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ

Семиголовский Н.Ю., Малашенко А.В., Иоакимова К.Г., Гайденко Г.В.
Клиническая больница№122 им. Л.Г.Соколова ФМБА РФ, г.Санкт-Петербург

Проблема спонтанных разрывов восходящего отдела аорты (РВА) актуальна в связи с их трудной диагностикой (нередко «маскировкой» ими острого коронарного синдрома), достаточно большой летальностью и нередко внезапной смертностью. Среди причин разрывов - атеросклероз, синдром Марфана, аортиты. Приводим клинико-морфологический анализ 12 случаев фатальных спонтанных РВА (8 мужчин и 4 женщины), выявленных с 1987 по 2009 г.г. Средний возраст мужчин - 49 лет (32-72 года), женщин - 77 лет. У всех больных отмечалась гипертоническая болезнь (ГБ). У 6 больных РВА произошел на фоне резкого повышения артериального давления (АД). У 2 больных РВА дебютировал внезапной синкопой с падением АД. Еще трое поступили в стационар с низким АД, а у 1 больного 32 лет АД оставалось нормальным. 6 пациентов жаловалось на боли в груди. Другие симптомы: одышка, тошнота и рвота, кровохарканье, застойная НК (каждый симптом у 1 больного). «Пресловутых» охриплости, дисфагии, болей в спине - не отмечалось. Прижизненно диагноз РВА был поставлен 4 больным. В остальных случаях диагностировали острый инфаркт миокарда (ИМ) (6 человек), ТЭЛА (1 больной) и пневмонию (1 человек). Длительность жизни больных от момента поступления в клинику составила от 2 час до 6 дней. В 1 случае (больной 32 лет с Marfan-подобным синдромом) было выполнено протезирование аорты. В 1 наблюдении пункция перикарда была технически несостоятельной - игла тромбировалась сгустками, остаточный объем крови в перикарде на аутопсии - свыше 1 литра. У всех отмечены морфологические признаки ГБ, атеросклероза, увеличение массы сердца в 1,5-2 раза (кроме 3 больных). У 2-х - признаки перенесенного ИМ. Полулунные клапаны у 10 не были изменены, у 2 больных - с отложениями кальция. РВА находились над аортальными клапанами (в 1,5-3,5 см от них), чаще имели линейный характер (6), были поперечными (8 случаев). У всех неоперированных пациентов отмечено образование острой расслаивающей аневризмы длиной 3-10 см, с 50-150 мл крови, была утолщена внутренняя эластическая пластинка аорты с ее разрывами. Vasa vasorum были несколько расширены. Гистологически определялись изменения в мышечной оболочке аорты.

Полученные материалы дают основание для выводов о полиэтиологичности спонтанных РВА. Зависимости морфологии аорты от клиники выявлено не было.

Генетически обусловленная дефектность эластического каркаса аорты характерна для мужчин в сравнительно молодом возрасте при отсутствии атеросклеротических изменений в совокупности с атеросклеротическим поражением vasa vasorum. С другой стороны, у всех больных имела место ГБ, приводящая к страданию МЦР. Такой механизм несостоятельности стенки аорты в большей мере отвечает за ее разрывы у пожилых, и женщин - в особенности.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ПРИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ. СООБЩЕНИЕ I

Семиголовский Н.Ю., Азанов Б.А., Верцинский Е.К., Иванова Е.В.
Клиническая больница№122 им. Л.Г.Соколова ФМБА РФ, г. Санкт-Петербург

Последние 4 десятилетия XX века общепризнанным являлся алгоритм сердечно-легочной реанимации (СЛР) П.Сафара "ABCD", отдающий приоритет респираторной поддержке. Между тем, изучение причин внезапной смерти (ВС) показало, что в основе ее у взрослых в 90% случаев лежит коронарная недостаточность (Мазур Н.А., 1985 и др.), а механизмами смерти являются чаще нарушения сердечного ритма. Проведенные нами клинические исследования показали, что своевременно нанесенный прекардиальный удар способен восстановить сердечную деятельность при фибрилляции желудочков, желудочковой тахикардии и асистолии, вопреки первоначальным представлениям P.Safar. Апробированный в клинических условиях алгоритм СЛР (Семиголовский Н.Ю. и соавт., 2000, 2001, доп. 2004) составляет по первым буквам шагов реанимации аббревиатуру «УНИВЕРСАЛ»: Удар (прекардиальный), Непрямой массаж сердца, Иньекция (катетер на игле в наружной яремной вене), Вентиляция («рот в рот, рот в нос», мешком AMBU и т.д.), Е (ЭКГ), Разряд (дефибрилляция), Стимуляция (электрокардиостимуляция)/Сода, введение Адреналина и/или Атропина и/или Амиодарона и/или Лидокаина (в зависимости от ЭКГ вида остановки кровообращения). Каждый следующий шаг делаем при безрезультатности предыдущего. Изучение больничной статистики обнаружило, что внедрение алгоритма привело к снижению внутрибольничной летальности острых коронарных больных до 2,9-3,5% при остром инфаркте миокарда в 1998-2009 г.г. Анализ клинико-морфологического материала показал снижение частоты ятрогенных осложнений СЛР в виде травм грудной клетки, легких и сердца, по сравнению с периодом использования традиционной СЛР. В 157 случаях внутригоспитальной СЛР использование нового алгоритма позволило повысить выживаемость внезапно умерших больных с 20% до 55% в отделениях стационара и с 40 до 76% - в отделении кардиореанимации.

Любопытно, что на этот раз Западные специалисты оказались в роли «догоняющих». На обновлениях алгоритма СЛР за рубежом, сделанных в последнее десятилетие, мы остановимся в следующем сообщении.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ПРИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ. СООБЩЕНИЕ II

Семиголовский Н.Ю., Азанов Б.А., Верцинский Е.К., Иванова Е.В.
Клиническая больница№122 им. Л.Г.Соколова ФМБА РФ, г. Санкт-Петербург

Вскоре после смерти П. Сафара, в 2005 г. Европейский Совет по реанимации (ERC) и Американская кардиологическая ассоциация (AHA) предложили начинать СЛР не с решения респираторных проблем, а с 30 надавливаний на грудину и только затем переходить к искусственному дыханию (соотношение 30:2, повтор из 5 циклов). Проведение дефибрилляции выполнять одним (а не 3-мя подряд!) разрядами, желательно биполярным током (подобно предложенному в СССР Н.Л. Гурвичем в 1939 г.). Тогда же A.H. Idris (2005) в широко известном журнале Circulation отметил, что прекардиальный удар может быть эффективным и безопасным средством СЛР в отсутствие дефибриллятора. А в 2009 г. Европейская Ассоциация кардиоторакальных хирургов в Руководстве по реанимации после операций на сердце ("Guideline for resuscitation in cardiac arrest after cardiac surgery") уточнила, что прекардиальный удар весьма эффективен, будучи нанесен в первые 10 секунд остановки кровообращения.

Последние Американские рекомендации по СЛР (2008), утвержденные AHA, окончательно закрепили примат НМС над искусственной вентиляцией легких при внезапной смерти и именуются "Hands-Only (Compression-Only) Cardiopulmonary Resuscitation: A Call to Action for Bystander Response to Adults Who Experience Out-of-Hospital Sudden Cardiac Arrest". Они были приняты после анализа результатов 3 крупных исследований, опубликованных в 2007 году. Среди этих трайлов - японское, включавшее свыше 4000 случаев СЛР ("SOS-KANTO study group. Cardiopulmonary resuscitation by bystanders with chest compression only", 2007) и

показавшее более чем 2-кратное улучшение неврологических исходов при СЛР путем только непрямого массажа сердца в сравнении с ABCD.

Следует подчеркнуть при этом, что отказ от дыхания «рот в рот» касается лишь взрослых людей с внезапной остановкой сердца. У детей, а также в случае утопления или передозировки наркотиков по-прежнему в ходе СЛР рекомендуется чередовать искусственное дыхание с НМС.

ДОСТОИНСТВА И НЕДОСТАТКИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТРОПОНИНОВ КРОВИ В ПРАКТИКЕ АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА

Семиголовский Н.Ю., Сапегин А.А.
ФГУЗ Клиническая больница №122 ФМБА РФ, г. Санкт-Петербург

В 2000 г. в США и Европе были пересмотрены, а в 2007 г. еще раз подтверждены новые диагностические критерии инфаркта миокарда (ИМ): его верификация стала основываться почти исключительно на повышении уровня сердечных тропонинов (Тп) Т и I крови при наличии клинических и ЭКГ симптомов ишемии миокарда. Весьма ценным представлялся маркер для выявления, в частности, периоперационных инфарктов миокарда. Вместе с тем, опора почти исключительно на Тп-тест привела почти к удвоению числа диагнозов ИМ в США (Kontos M.C. e.a., 2003), чрезмерному росту «напрасных» коронарографий пациентам с «чистыми» коронарными артериями (Allan S. e.a., 2008). Применение Тп-теста поставило крест на весьма привлекательной теории «неслучившегося» (aborted) ИМ, при котором вовремя выполненная реваскуляризация, казалось бы, должна уберечь миокард от повреждения. Не в полной мере оправдались и надежды на прогностическую ценность Тп-теста.

За 15 лет применения Тп-теста в клинике стало очевидным, что диагностическое значение при ИМ имеют не минимальный, а скорее многократный рост Тп и его динамика. Это, впрочем, не мешает маркеру значительно нарастать и в отсутствие ИМ, в частности, при гипо- и гипертензии, тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), сепсисе, химиотерапии, хронической почечной и острой дыхательной недостаточности, остром нарушении мозгового кровообращения, субарахноидальном кровоизлиянии, ЖКТ-кровотечениях и др. состояниях.

В докладе анализируются диагностические и прогностические возможности Тп теста в сравнении с традиционными маркерами - креатинфосфокиназой, лактатдегидрогеназой, миоглобином и аспартатаминотрансферазой, а также сердечным белком, связывающим жирные кислоты - сБСЖК (тест отечественного производства), приводятся клинические случаи повышения Тп у реанимационных больных кардиологического и урологического профиля с сепсисом, а также ТЭЛА без признаков ИМ. По последним литературным данным, повышение Тп при сепсисе встречается в 36-85%, а при ТЭЛА в 32-50% случаев (Giannitsis e.a., 2010 и др.).

СИНКОПЭ, ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ И РЕСТЕНОЗЫ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПОСЛЕ ИХ СТЕНТИРОВАНИЯ

Семиголовский Н.Ю., Титков А.Ю., Агасиян А.Л.
Клиническая больница №122 ФМБА РФ, Санкт-Петербург

Гипергомоцистеинемия (ГГЦ) является независимым маркером высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (Warren C., 2002). Известно также о повышенной частоте развития рестенозов коронарных артерий после выполнения коронароангиопластики (КАП) у лиц с ГГЦ (Schnyder G. e.a., 2002). В нашей практике имеется 3 наблюдения рестенозов в разные сроки после КАП на фоне гипергомоцистеинемии. Приводим случай рестеноза у пациента с гипергомоцистеинемий и установленной впоследствии гомозиготной С677Т мутацией гена метилентетрагидрофолатредуктазы, которая встречается у 4-14% населения (Brophy J., 1997). 47-летний больной Г. (история болезни №5678) был госпитализирован с диагнозом: «Синкопальное состояние после велоэргометрии (ВЭМ)», выполненной амбулаторно спустя 1 год после стентирования передней межжелудочковой и правой (ПКА) венечных артерий в связи с Q-инфарктом миокарда. При поступлении жаловался на слабость, «тяжесть» в груди, кратковременную потерю сознания сразу после ВЭМ. По ЭКГ - синусовый ритм, рубцы задней стенки; ЭхоКГ- размеры полостей не изменены, без зон гипо/акинезии, фиброз задней стенки. Фракция выброса левого желудочка - 62%. Тропонин I - 0,00; холестерин - 4,7; D-димеры-500; калий плазмы - 4.2; Na-143; лактат-5.0; АсТ-22; АлТ-38; КФК-123; МВ-КФК-50; глюкоза-6.1; МНО-1.08. Гомоцистеин -19.1 мкмоль/л (норма - 3,4-13,8). При коронарной ангиографии стенты ПМЖВ без рестеноза, в ПКА стеноз 90% по проксимальному краю стента, в средней трети - рестеноз в стенте - 60%.

Выполнена операция повторной КАП в стенте ПКА. Даны рекомендации по приему наряду с плавиксом, аспирином, эгилоком и зокором препарата ангиовит (1 таблетка дважды ежедневно), обладающего гомоцистеин-снижающим действием и содержащего фолиевую кислоту, витамины B_6 и B_{12}. Контроль липидограммы и уровня гомоцистеина. Последний может снижаться также и под влиянием статинотерапии (Соболева Е.В., 2007). Контрольные обследования спустя 3, 6 и 12 месяцев показали нормальный уровень гомоцистеина. Приведенный случай является примером синкопэ нагрузки в результате рестенозирования на фоне наследственной гипергомоцистеинемии и успешной коррекции этой патологии.

АНТИТЕЛА К РЕЦЕПТОРУ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА ПРИ ДИФФУЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ У ДЕТЕЙ

Скородок Ю.Л., Плотникова Е.В., Кириенко Ю.А., Тодиева А.М.
ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова», Росмедтехнологии, Санкт-Петербург, Россия

Диффузный токсический зоб (ДТЗ) - системное аутоиммунное заболевание, развивающееся вследствие выработки антител к рецептору тиреотропного гормона (АТ-рТТГ). В отечественной и зарубежной литературе имеются исследования, посвященные роли АТ-рТТГ в развитии ДТЗ (Коломина И.Г., 2002; Скородок Ю.Л., Дитковская Л.В., 2006; Смирнова Г.Е., 2007; Кияев А.В., 2008; Glaser N., 1997; Lasar L., 2000; Jaruratanasirikul S., 2006). Между тем, сохраняются определенные трудности в оценке эффективности лечения и прогнозировании ДТЗ у детей, так как заболевание достаточно тяжелое, длительно текущее и требующее индивидуального подхода к терапии.

Целью нашей работы явилось изучение связи между АТ-рТТГ и исходом ДТЗ у детей.

Обследовали 55 детей и подростков с ДТЗ, диагностированном в возрасте 5-14 лет. Длительность наблюдения составила 5,9±1,8 лет. Определяли сывороточную концентрацию ТТГ методом непрямой иммунофлюоресценции с помощью реактивов Immunotech (Чехия), свободных Т4 и Т3, АТ-ТГ и АТ-ТПО иммуноферментным методом с использованием реактивов той же фирмы. Уровни АТ-рТТГ измеряли методом иммуноферментного анализа (реактивы фирмы Euroimmune AG). Статистическую обработку результатов проводили с помощью системы «STATISTICA 7 for Windows». Критерием статистической достоверности получаемых выводов считали общепринятую в медицине величину $p<0,05$.

В зависимости от течения заболевания, пациенты были разделены на две группы: 1-ю составили 35 детей с неблагоприятным исходом (рецидивирующий или длительно сохраняющийся на фоне адекватной терапии тиреотоксикоз), 2-ю - 20 пациентов с благоприятным исходом. При манифестации заболевания средние уровни АТ-рТТГ у пациентов 1-й (22,11±3,14 МЕ/л) и 2-й (13,84±3,45 МЕ/л) групп достоверно не различались ($p=0,1$). Однако частота высоких титров АТ-рТТГ (>10,0 МЕ/л) у больных 1-й группы (100%) была достоверно выше, чем у - 2-й (50%), ($p=0,0137$). В процессе лечения произошло статистически значимое снижение средних титров АТ-рТТГ как в 1-й, так и во 2-й группах ($p=0,0173$ и $p=0,0155$ соответственно). Средний уровень АТ-рТТГ на фоне лечения у больных 1-й группы (12,58±2,15 МЕ/л) оказался достоверно выше, чем у пациентов 2-й группы (5,52±1,45 МЕ/л), ($p=0,0368$). Высокие концентрации АТ-рТТГ на фоне лечения в 1-й группе (53,3%) встречались достоверно чаще, чем во 2-й (13,3%), ($p=0,0157$), в то время как частота их нормальных уровней (<1,0 МЕ/л) в обеих группах достоверно не различалась (10% и 20% в 1-й и 2-й группах соответственно), ($p=0,3574$). Кроме того, выявлена слабая корреляция между неблагоприятным исходом заболевания и высокими концентрациями АТ-рТТГ как при манифестации ДТЗ, так и на фоне терапии ($r=0,44$, $r=0,33$ соответственно).

Таким образом, уровень АТ-рТТГ выше 10,0 МЕ/л как при выявлении ДТЗ, так и на фоне лечения является фактором риска неблагоприятного исхода заболевания. Напротив, концентрация АТ-рТТГ ниже 1,0 МЕ/л не имеет заметного прогностического значения.

СОСТОЯНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НЕПРЯМЫМИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ

Соколова Е.А., Шерман М.А.
Кировская городская клиническая больница №1, г. Киров, Россия

Относительный риск возникновения ишемического инсульта у пациентов с фибрилляцией предсердий связан с увеличениями возраста и меняется с 1,5% в 50-59 лет до 23,5% к 80-89 годам (Wolf P.A. at al., 1991). Признано, что непрямой антикоагулянт варфарин эффективен для первичного и вторичного предотвращения

этого вида церебральных ишемических событий, уменьшая риск их возникновения на 68% (Hylek E.M. at al., 2003). Однако, до 71% пациентов, которым показана терапия варфарином, её не получают (C. Weimar at al., 2008), а из получающих 45% имеют низкий уровень МНО (Bungard et al., 2000). Вероятность развития повторного инсульта у лиц с фибрилляцией предсердий составляет 12% в год (Gage B.F. at al., 1993).

Цель: Оценить частоту назначения варфарина для профилактики ишемических инсультов при фибрилляции предсердий в условиях муниципального здравоохранения.

Материалы и методы: Нами проанализированы данные 906 пациентов с ишемическими инсультами при фибрилляции предсердий, средний возраст - 70.49±9,13 лет. Из них 225 чел. (22,8%), средний возраст - 69,91±8,5 лет, имели повторные церебральные ишемические события. Оценивалась величина показателя международного нормализованного отношения (МНО) у пациентов с инсультом при госпитализации и при выписке из стационара.

Результаты: На догоспитальном этапе варфарин применяли 77 чел. (8,5%) из числа всех перенесших инсульт, но часть из них либо делала это нерегулярно, либо не контролировала уровень МНО. В группе пациентов, которым оценивался уровень МНО в процессе стационарного лечения - 621 человек (68,5% от всех церебральных ишемий), до развития первого инсульта варфарин постоянно получали 40 чел. (5,9%), средний возраст - 66.65±9,86 лет, но контроль МНО в момент помещения в стационар осуществлялся только у 32 чел. (4,7%); при повторном инсульте (средняя продолжительность межинсультного периода - 42,5 мес.) - 24 чел. (3,9%) и у 2 чел. (8,3%) соответственно. При госпитализации в связи с впервые развившимся инсультом средняя величина МНО составляла 1,6±0,54, «целевой» уровень был отмечен только у 5 чел. (15,6%). В группе динамического наблюдения в дебюте повторного инсульта величина МНО была 1,55±0,57 и достоверно не отличалась ($p<0,4$) от величины при выписке из стационара после впервые развившегося инсульта - 1,73±0,55. В 538 случаях - 59,4% - инсульты наблюдались у лиц пожилого и старческого возраста, средний возраст - 73,6±6,42, из них 273 чел. (30,1%) - в возрасте 71-80 лет, средний возраст - 75,04±2,62, 181 чел. (20%) - в возрасте 61-70 лет, средний возраст - 66,63±2,71 и 84 чел. (9,3%) - в возрасте 71-80 лет и старше, средний возраст - 83,98±2,86. На догоспитальном этапе варфарин у лиц 71-80 лет применялся в 5,1% случаев, 61-70 лет - в 13,3% и 81 года и старше - в 7,1%, «целевой» уровень МНО отмечен у 2 чел. (14,3%), 4 чел. (16,7%) и не было отмечен соответственно.

Выводы: В группе пациентов с впервые развившимся или повторным ишемическим инсультом при фибрилляции предсердий отмечается недостаточное использование профилактических возможностей терапии варфарином в виде ограниченного применения данного вида лечения и контроля его эффективности в амбулаторных условиях.

ДЕЛЕЦИОННЫЙ АНАЛИЗ SMN-ГЕНА В СЕМЬЯХ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМИСЯ МЫШЕЧНОЙ ГИПОТОНИЕЙ

Сокольник В. П., Хмель Р. Д.
Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», Минск, Беларусь

SMN-ген (survival motor neuron gene) был идентифицирован как детерминирующий ген для спинальной мышечной атрофии (СМА). В геноме человека он локализован в локусе q13 пятой хромосомы и представлен двумя почти идентичными копиями: теломерной (SMNt) и центромерной (SMNc). SMNt-ген отсутствует или изменен у большинства больных со СМА. Делеции же SMNc, возможно, являются фактором предрасположенности к другим неврологическим заболеваниям, таким как спорадический латеральный амиотрофический склероз и мультифокальная моторная невропатия.

Цель настоящей работы - молекулярный анализ SMN-генов в семьях, имеющих детей с заболеваниями, характеризующимися тяжелой мышечной гипотонией.

Обследовано 49 пациентов с клиническим диагнозом СМА и 91 член их семей без признаков патологии (86 родителей и 5 сибсов). Кроме того, изучено 11 пациентов с другими клиническими диагнозами: миатония Оппенгейма (1), миодистрофия (3), аксональная дегенерация (1), амиотрофия Шарко-Мари (2), неклассифицированное поражение ЦНС (1), муковисцидоз (1), метахроматическая лейкодистрофия (1), энцефалопатия, сопровождающаяся множественными пороками развития (1). Обследовано также 13 асимптоматичных членов семей этих детей (12 родителей и 1 сибс), 1 плод с экзэнцефалией и 117 новорожденных без признаков патологии. Делеции идентифицировали с помощью метода конформационного полиморфизма однонитевых фрагментов (SSCP), либо метода рестрикции по общепринятым технологиям.

Показано, что делеционные изменения SMNt имели 42 из 49 проанализированных пациентов со СМА. Таким образом, у 86% белорусских пациентов со СМА выявлены делеционные изменения SMNt-гена. Такая делеция обнаружена также у одного из 86 обследованных родителей этих детей.

Делеции SMNc имели 2 родителя из двух семей, имеющих детей со СМА, 2 родителя из двух семей, где были дети с миодистрофией, и 1 сибс пациента с миатонией Оппенгейма. Делеционные изменения SMNc выявлены также у 1 пациента с миодистрофией и у 1 плода с экзэнцефалией. Кроме того, делеционные изменения SMNc обнаружены у 9,4% новорожденных.

В целом, проведенное исследование подтвердило полученные ранее данные о высокой степени нестабильности СМА-локуса. Результаты позволяют предположить также, что количественный дисбаланс SMN-генов может способствовать развитию болезни не только в семьях со СМА, но и в семьях с другими нейромышечными заболеваниями.

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННОЙ НЕВРОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ОМС

Старченко А.А., Зинланд Д.А., Третьякова Е.Н., Тарасова О.В., Абашкина Е.В., Салдуева О.В., Гуженко М.Д., Комарец С.А., Рыкова И.В., Гончарова Е.И.

Общественный совет по защите прав пациентов Росздравнадзора;
МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского;
ООО «Росгосстрах-Медицина», Москва, Россия

Цель: разработка единого экспертного подхода в управлении качеством и минимальных алгоритмов экспертизы помощи больным острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК)на основе анализа нормативно-правовых актов.

Результаты. Качество медицинской помощи больному с транзиторной ишемической атакой или инсультом признается ненадлежащим в случаях неисполнения требований, предусмотренных приказом МЗ и СР РФ от 01.08.07 г. № 513,: - суточное наблюдение врача-реаниматолога; - прикроватное непрерывное мониторирование ЭКГ; - ультразвуковая допплерография артерий; - протромбиновое время; - активированное частичное тромбопластиновое время; - исследование pH крови; - исследование уровня кислорода и углекислого газа крови; - исследование уровня осмолярности крови; - средства, влияющие на систему свертывания крови - гепарин натрий, надропарин кальций (или другие); - гидроксиэтилкрахмал 2000 мл; - альбумин 200 г. Качество медицинской помощи признается ненадлежащим в случаях неисполнения требований Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, утв. приказом МЗ и СР РФ от 06.07.09 г. № 389н: 1. Отсутствие определения содержания тромбоцитов, глюкозы в периферической крови, МНО, АЧТВ в течение 20 минут от момента забора крови или отсутствие указания времени получения дежурным врачом данных анализов. 2. Время от момента поступления больного с признаками ОНМК в профильное отделение до получения врачом отделения результатов КТ или МРТ головного мозга и исследования крови составляет более 40 минут или отсутствие указания времени получения дежурным врачом данных КТ или МРТ. 3. Отсутствие госпитализации больного при подтверждении диагноза ОНМК в блок интенсивной терапии и реанимации. 4. Отсутствие консультации нейрохирурга больных, у которых, по данным КТ, установлены признаки геморрагического инсульта. 5. Отсутствие выполнения в блоке интенсивной терапии в течение 3 часов с момента поступления всем больным с ОНМК или указания времени выполнения: - оценки неврологического и соматического статуса; - дуплексного сканирования экстракраниальных отделов брахиоцефальных сосудов; - дуплексного сканирования транскраниального; - определения тактики ведения. 6. Отсутствие выполнения в блоке интенсивной терапии в течение всего срока пребывания всем больным с ОНМК: - мониторирования неврологического статуса; - мониторирования соматического статуса, включающего контроль за функцией сердечно-сосудистой, дыхательной системы и системы гомеостаза. 7. Отсутствие выполнения транскраниальной микроэмболодетекции, транскраниального допплеровского мониторирования, трансторакальной эхокардиографии при наличии медицинских показаний в блоке интенсивной терапии. 8. Отсутствие мероприятий по предупреждению развития повторного ОНМК (медикаментозная и хирургическая (при наличии показаний) профилактика) или назначение таковых позднее 3 суток с момента развития ОНМК.

ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ В СИСТЕМЕ ОМС

Старченко А.А., Зинланд Д.А., Третьякова Е.Н., Тарасова О.В., Абашкина Е.В., Салдуева О.В., Гуженко М.Д., Комарец С.А., Рыкова И.В., Гончарова Е.И.

Общественный совет по защите прав пациентов Росздравнадзора;
МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского;
ООО «Росгосстрах-Медицина», Москва, Россия

Цель: анализ нормативно-правовых актов и разработка минимальных алгоритмов экспертизы качества помощи больным острым коронарным синдромом без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ.

Результаты.

I. Качество медицинской помощи больным острым коронарным синдромом без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ признается ненадлежащим в случаях: 1. Задержки пациента с подозрением на инфаркт миокарда в приемном покое более чем на 15 минут перед помещением его в блок интенсивной терапии. 2. Отсутствия первичного назначения аспирина (250-500 мг препарата). 3. Отсутствия регистрации ЭКГ, исследования КФК и сердечного тропонина при остром коронарном синдроме с целью обязательного элемента диагностики и уточнения прогноза. 4. Отсутствия назначения низкомолекулярных препаратов гепарина - дальтепарин натрия, надропарин кальция, эноксапарин натрий. 5. Отсутствия данных о непрерывном мониторировании ЭКГ и сатурации кислорода в артериальной крови, подачи кислорода при снижении сатурации ниже 92%. 6. Отсутствия или несоблюдения режимов введения доз антиишемической терапии (нитроглицерин, бета-блокаторы). 7. Отсутствия назначения ингибиторов АПФ для устранения гипертонии или дисфункции левого желудочка после инфаркта миокарда. 8. Отсутствия оценки риска осложнений и смерти. 9. Отсутствия лабораторного контроля лечения. 10. Нерационального назначения препаратов.

II. Качество медицинской помощи больным инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST на ЭКГ признается ненадлежащим в случаях: 1. Отсутствия необходимых и достаточных признаков для диагностики инфаркта миокарда: - типичное повышение и постепенное снижение (сердечные тропонины) или более быстрое повышение и снижение (МВ КФК) биохимических маркеров некроза миокарда в сочетании с одним из следующих признаков: а) клиническая картина ОКС; б) появление патологических зубцов Q на ЭКГ; в) изменения ЭКГ, указывающие на появление ишемии миокарда: возникновение подъема или депрессии сегмента ST, блокады ЛНПГ; г) появление признаков потери жизнеспособного миокарда или нарушений локальной сократимости при использовании методик, позволяющих визуализировать сердце; - признаки инфаркта миокарда, выявленные при патологоанатомическом исследовании. 2. Оказания помощи вне блока интенсивной терапии. 3. Отсутствия непрерывного мониторирования ритма и ЭКГ. 4. Отсутствия фиксации основных физиологических параметров в истории болезни каждые 90 минут до стабилизации состояния и каждые 4-6 ч после стабилизации. 5. Отсутствия повторной регистрации стандартной ЭКГ: - в первые сутки с интервалами в 6-8 ч; - на 2-е и 3-и сутки - не менее 1 раз в день. 6. Отсутствия обязательного лабораторного обследования. 7. Отсутствия оценки прогноза больного инфарктом миокарда в ранние сроки заболевания. 8. Отсутствия контроля консервативного лечения инфаркта миокарда по соблюдению режимов введения и доз лекарственных препаратов. 9. Несоблюдения правил перехода с антикоагулянтов прямого действия на антикоагулянты непрямого действия.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО СТАТУСА И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Сушинский В.Э., Башлакова Е.Е.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск, Республика Беларусь

Заболеваемость сахарным диабетом 2 типа (СД 2 тип) увеличивается с возрастом, достигая максимума к 60¬70 годам. В мире насчитывается около 111 млн. больных, а по оценкам, к 2010 г. число их возрастет до 210 млн. Характерной особенностью СД 2 типа у лиц пожилого и старческого возраста является наличие сопутствующей патологии, в частности заболеваний сердечно-сосудистой системы. Особое значение приобретают заболевания сердечно-сосудистой системы, которые у пациентов с СД протекают более злокачественно, характеризуются более ранним поражением органов-мишеней и последующим развитием сердечно-сосудистых катастроф.

Цель: изучить особенности клинического статуса и сопутствующей патологии у пациентов старших возрастных групп с СД 2 типа.

Методы исследования: проведен ретроспективный анализ медицинской документации 61 больного пожилого и старческого возраста (средний возраст 76±2,3 лет), находившихся на плановом лечении в госпитале ветеранов войны.

Полученные результаты: обследован 61 пациент (мужчин - 32; женщин - 29), средний возраст обследуемых составил 76±2,3 лет. Наиболее часто встречающимися сопутствующими заболеваниями у лиц пожилого и старческого возраста с СД 2 типа являлись сердечно-сосудистые заболевания. У 100% больных СД 2 типа сочетался с ишемической болезнью сердца (ИБС). У всех - 100% больных выявлены признаки хронической сердечной недостаточности (ХСН), при этом ХСН ФК1 наблюдалась у 4,9% обследуемых пациентов, ХСН ФК2 - 91,8%, ХСН ФК3 - 3,3%. Стабильная стенокардия напряжения наблюдалась у 45,9% больных, из которых ФК 2 наблюдался 92,3%, ФК 3 у 7,7%. Второй, по распространенности, патологией является артериальная гипертензия (АГ), встречающаяся у 91,8% пациентов старших возрастных групп с СД. АГ 2ст. наблюдалась у 57,2%; АГ 3ст.у 41,1%; АГ 1ст. у 3,7%. Масса тела один из наиболее значимых факторов развития СД и сердечно-сосудистых заболеваний. Избыточную массу тела имели 36% больных, ожирение 1ст-24,6%, 2 ст. - 13,1%, 3 ст. - 4,9%, т.е. в совокупности, нарушение массы тела наблюдалось в 78,6% случаев и только 21,4% больных имели нормальный вес. В большинстве случаев отмечен большой стаж СД 2 типа. Отмечена высокая частота осложнений заболевания: ретинопатию имели 40,9% больных; нефропатию - 40,9%; нейропатию - 27,8%; ангиопатию - 8,2%. У больных с нефропатией белок в моче определялся у 50,8% обследуемых, глюкоза у 36%. В тоже время, большинство пациентов имели сохранную функцию почек: повышение уровня креатинина наблюдалось лишь у 1% больных. Среди других заболеваний следует отметить высокую распространенность катаракаты - 81,9%, деформирующего остеоартроза - 45,9%, желчекаменной болезни - 34,4%, дисциркуляторной энцефалопатии - 34,4%, облитерирующего атеросклероза нижних конечностей - 21,3%, пиелонефрита - 27,9%, доброкачественной гиперплазии предстательной железы - 53,1%, хронической язвы желудка - 9,8%, анемии - 4,9%.

Выводы: таким образом, у пациентов пожилого и старческого возраста с СД 2 типа отмечается высокая частота сопутствующей патологии, прежде всего ИБС, АГ, избыточной массы тела. Отмечена высокая частота осложнений СД 2 типа, что негативно влияет на его клиническое течение и прогноз.

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST: СРАВНЕНИЕ ДВУХ СТРАТЕГИЙ ЛЕЧЕНИЯ

Сыркина А.Г., Марков В.А., Белокопытова Н.В.
Учреждение РАМН НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, РФ

Цель. Сравнить эффективность инвазивной и неинвазивной стратегии лечения пациентов с ОКС STEMI.

Материал и методы. Использованы обобщенные данные и данные отделения неотложной кардиологии г. Томска из регистров ОКС РЕКОРД-1 и РЕКОРД-2. Наши данные представлены в виде сплошной выборки из 10 пациентов ежемесячно.

Для сравнения использованы данные РЕКОРДа-1, где анализу подверглись 49 пациентов с ЧКВ, 112 пациентов без ЧКВ, 161 пациент, поступивший в «инвазивные» стационары РФ и 85 человек, поступивших в «неинвазивные» стационары РФ.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью пакета STATISTICA 8.0. Для анализа количественных данных применялся метод Манна-Уитни, результаты представлены в виде медианы и верхнего и нижнего квартилей. Для качественных данных применялся анализ таблиц сопряженности.

Результаты. Нами проанализировано 56 пациентов с ОКС STEMI, которые поступили в порядке СМП в ОНК с апреля по декабрь 2009 г.

Пациенты были поделены на 2 группы: 1-ая группа (n=31) - больные с ЧКВ по поводу ОКС, 2-ая группа (n=25) - пациенты без ЧКВ по поводу ОКС.

Среди больных 2-ой группы 15(60%) пациентам был проведен тромболизис, 10(40%) человек остались без реперфузионной терапии.

Госпитальная летальность пациентов 1-ой группы также была ниже, чем у пациентов 2-ой группы: 1(3,2%) против 8(32%), p=0,004.

При сравнении госпитальной летальности при проведении ЧКВ у пациентов из Российских центров и нашими показателями различий не обнаружено: 6,1% против 3,2%, p=0,56, соответственно. Такая же картина наблюдается и в случае непроведения ЧКВ: 18,9% против 32%, p=0,15, соответственно.

Средний балл риска госпитальной летальности по шкале GRACE пациентов 1-ой группы также был ниже, чем у пациентов 2-ой группы: 3(2:5) % против 5(3:14) %, p=0,01.

Анализ каждого показателя шкалы GRACE показал следующее.

Пациенты 1-ой группы были моложе, чем пациенты 2-ой группы: 60(56:72) лет против 75(68:81) лет, p=0,004.

САД при поступлении у пациентов 1-ой группы было выше, чем у пациентов 2-ой группы: 141(123:163) против 130(103:140) м м ^, p=0,01.

Креатинин крови при поступлении у пациентов 1-ой группы был ниже, чем у пациентов 2-ой группы: 82(70:100) против 92(/88:113) мкмоль/л, p=0,02.

По другим параметрам (КФК-МВ и ЧСС при поступлении, наличие остановки кровообращения при поступлении, класс ОЛЖН по классификации Killip) группы значимо не различались.

Заключение. Ангиопластика при ОКС с подъемом сегмента ST реже проводится пациентам с более высоким риском госпитальной летальности. Меньше шансов получить ЧКВ у более старых пациентов.

Таким образом, резерв для снижения госпитальной летальности кроется в проведении ЧКВ более широкому кругу больных, наиболее в ней нуждающихся.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ИЗЛИТИЯ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ ПОЗДНИХ СРОКОВ

Таланова И.Е., Борзова Н.Ю., Сотникова Н.Ю.

ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова, Федерального агентства по высокотехнологической медицинской помощи», Иваново, Россия.

Преждевременное излитие околоплодных вод - это часто встречаемое осложнение беременности, в том числе наблюдается в 18-51% случаев преждевременных родов. Развитие этой патологии приводит к высокой частоте осложнений со стороны матери: аномалий родовой деятельности, гипо- и атонических кровотечений, травматизма мягких тканей родовых путей, инфекции; со стороны плода - инфекционных осложнений, неврологических нарушений. Прогнозирование несвоевременного излития околоплодных вод является важной проблемой и позволит снизить частоту вышеперечисленных осложнений. Большое число работ посвящено изучению роли цитокинов, осуществляются попытки использовать показатели содержания цитокинов в околоплодных водах в качестве прогностических маркеров преждевременного излития околоплодных вод. Holsi R.M. et al. считают, что увеличение содержания IL-8 в амниотической жидкости свидетельствует о возможном преждевременном разрыве околоплодных оболочек. Тем не менее, многие аспекты этой проблемы требуют уточнения.

Целью нашего исследования было установить связь между снижением уровня IL-8 в периферической крови и преждевременным излитием околоплодных вод у женщин с угрозой преждевременных родов, позволяющая прогнозировать данное осложнение беременности. В отделении патологии беременных Ивановского НИИ материнства и детства была обследована группа из 50 беременных женщин, в сроке гестации 32-36 недель. У всех этих женщин определялся уровень IL-8 в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа. У 30 из обследованных пациенток данный показатель оказался равен или менее 15,4 нг/мл, при этом только у 26 беременных в последствии наблюдалось преждевременное излитие околоплодных вод. У 20 из обследованных женщин уровень IL-8 в сыворотке крови оказался более 15,4 нг/мл, при этом у 17 пациенток впоследствии преждевременного излития околоплодных вод не отмечалось. Было определено, что при значении уровня IL-8 равном или менее 15,4 нг/мл прогнозируется преждевременное излитие околоплодных вод у женщин с угрожающими преждевременными родами.

На основании этого нами был разработан новый прогностический критерий преждевременного излития околоплодных вод по определению содержания IL-8 в периферической венозной крови у беременных женщин в сроке гестации 32-36 недель. Точность данного метода составила 86%, чувствительность 90% и специфичность 81%. Преимуществами заявляемого способа являются возможность обследования пациенток в определенные сроки беременности (32-36 недель), что позволяет произвести своевременные лечебно- профилактические мероприятия и предотвратить данное осложнение беременности, а также осложнения родовой деятельности и перинатальную патологию, а также простота и доступность выполнения методики.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СКРИНИНГА В РАМКАХ АКЦИИ «ЗДОРОВОЕ СЕРДЦЕ»

Таничева А.А., Коростовцева Л.С., Колесова Е.П., Иваненко В.В., Авдонина Н.Г., Кандинский А.В., Егин Н.В., Казымлы А., Ротарь О.П., Большакова О.О., Конради А.О.

Цель: 19 мая 2010 в рамках всемирного дня по борьбе с гипертонией Общероссийской общественной организацией «Антигипертензивная Лига» проводилась акция «Здоровое сердца». Оценка основных факторов риска позволяет наметить программу изменения образа жизни для профилактики и немедикаментозного лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы: В рамках акции было осмотрено 449 пациентов, из них 385 женщин и 64 мужчины, средний возраст 56 лет (возраст контингента варьировал от 11 до 86 лет). Во время скрининга проводились: анкетирование относительно основных факторов риска: употребление алкоголя, фруктов, жиров, а также курения, уровня физической активности. Всем пациентам проводилась антропометрия (измерение окружности талии (ОТ), измерение веса и роста, а также вычисление индекса массы тела (ИМТ)), измерение артериального давления (АД) и проведение измерения уровня глюкозы экспресс-методом (глюкометры Accu Chek). Все пациенты получили консультацию с рекомендациями, материалами по формированию здорового образа жизни, а около трети из них получили направление в Городские Центры здоровья и профилактики для более детальных исследований.

Результаты: Низкая частота распространенности курения, возможно, была обусловлена преобладанием женщин в обследованной выборке (только 67 лиц (15%) курили со средним количеством сигарет 13 в день (от 1 до 30 в день)). При гендерном анализе, как обычно, мужчины курили чаще (20,3%) чем женщины (14,2%).

Лидирующее место среди потребляемых алкогольных напитков занимает вино - 161 респондент (35,8%), реже крепкие алкогольные напитки - 97 (21,6%), пиво - 31 (7%). Только 8 человек отметили прием всех 3 видов алкогольных напитков. При опросе касательно частоты потребления алкоголя только 6 человек признали ежедневное употребление, 52 человека употребляет еженедельно (11,1%) и половина опрашиваемых менее 1 раз в месяц - 199 (44,3%).

При оценке частоты потребления свежих овощей и фруктов в неделю около 70% (316) пациентов ответили 7 дней в неделю и 18% (83) отметили от 0 до 3 разов в неделю.

Уровень физической активности остается низким - только 25 % имеют ежедневную физическую активность (ходьба пешком более 30 минут или поездка на велосипеде более 10 минут) и 36% занимаются спортом. Средняя продолжительность времени, которое население проводит сидя или полулежа в день - 5 часов, при этом, количество пациентов, проводящих в этом положение более 10 часов в день, составило 38 пациентов (8%).

Выводы: Скрининг выявил относительно невысокую распространенность курения и потребления алкоголя, вероятнее всего, по причине преобладания женского пола в выборке. Удовлетворительный уровень потребления свежих овощей и фруктов может быть связан со временем года - исследование проводилось в конце весны. Обращает внимание низкий уровень активности населения, что способствует развитию избыточной массы тела и повышению риска сердечно-сосудистых заболеваний.

ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИТЕЛ К КОЛЛАГЕНУ У БОЛЬНЫХ С КРИТЕРИЯМИ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОГО СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Тарасов А.А., Давыдов С.И.

Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра факультетской терапии, Волгоград, РФ

Коллаген как один из основных матриксных белков сосудистой стенки в норме обладает слабыми антигенными свойствами. В условиях повышенной активности матричных металлопротеаз при сахарном диабете (СД) и ишемической болезни сердца (ИБС) синтезируется структурно и функционально модифицированный коллаген, содержащий антигенные детерминанты, что сопровождается продукцией специфических антител.

Целью исследования явилась сравнительная оценка уровня антител к коллагену у больных с хроническими формами ИБС и у больных без клинических проявлений ИБС, соответствующих критериям синдрома хронического системного воспаления (СХСВ, L.Fabbri, K.Robe, 2007), имеющими в качестве одного из диагностических критериев СД 2 типа.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 98 человек (32 больных хроническими формами ИБС, 36 лиц без ИБС, соответствующих критериям СХСВ, страдающих СД 2 типа, и 30 человек - контрольная группа - без ИБС и СД). Сывороточный уровень антител коллагену определяли методом ИФА.

Результаты. В группе больных с ХИБС повышенный уровень антител к коллагену отмечен в 34,4% случаев, в группе больных без ИБС, соответствующих критериям СХСВ, и имеющих СД 2 типа, - в 30,6%, в контрольной группе - в 6,7% случаев. Уровни антител к коллагену в основных группах достоверно между собой не отличались, но в то же время достоверно ($p<0,05$) превышали таковой в контрольной группе.

Выводы. Уровень антител к коллагену отражает повреждение сосудистой стенки как при атеросклеротической, так и при диабетической ангиопатии. Исследование уровня антител к коллагену при наличии СХСВ и СД 2 типа может быть полезным в плане ранней диагностики коронарного атеросклероза, а также для оценки прогноза его клинической манифестации у лиц с СД.

О ВЗАИМОСВЯЗИ МАРКЁРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Тарасов А.А., Давыдов С.И.

Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра факультетской терапии, Волгоград, РФ

Воспаление и эндотелиальная дисфункция (ЭД) являются неразрывно связанными между собой факторами, приводящими к развитию коронарного атеросклероза и ишемической болезни сердца (ИБС). Патогенетические связи между гуморальными факторами, играющими роль в реализации воспалительного процесса в активных атеросклеротических бляшках и в регуляции функции сосудистого эндотелия, в настоящее время продолжают уточняться. Функциональная диагностика ЭД с использованием биохимических маркёров требует дорогостоящих и сложных методик, поэтому в настоящее время для диагностики ЭД наиболее широко применяются инструментальные методы. В этой связи определенный интерес представляет выявление взаимосвязей биохимических показателей, характеризующих активность системного воспаления, с данными инструментальных методов оценки ЭД.

Целью исследования явилось выявление взаимосвязей биохимических показателей, характеризующих активность системного воспаления, с данными инструментальных методов оценки ЭД у больных хроническими формами ИБС.

Материалы и методы исследования. Обследовано 32 больных хроническими формами ИБС. Определяли «спонтанное» содержание ИЛ-1, ИЛ-6 и ФНО-а в сыворотках крови методом твердофазного ИФА (диагностические наборы «Вектор-БЕСТ») на спектрофотометре «Униплан». ЭД изучали при помощи пробы с реактивной гиперемией (эндотелий-зависимаая вазодилатация) по методике Лебедева П.А. (2004 год) с применением фотоплетизмометрического датчика. Для оценки ЭД использовали интегральный показатель функции эндотелия (ПФЭ), индекс жесткости (ИЖ) и времени отражения пульсовой волны (ВОПВ), а также их динамику. Корреляционный анализ проводили по методу Pearson с использованием пакета SPSS 16.0.

Результаты. Наиболее тесно с инструментальными показателями эндотелиальной функции был связан уровень ИЛ-1: уровень этого цитокина достоверно ($p<0,05$) коррелировал с динамикой ИЖ ($r=0,403$) и динамикой ВОПВ ($r=-0,464$). Уровни ИЛ-6 и ФНО-а наиболее тесно были связаны с показателем динамики ВОПВ ($r=-0,225$ и $r=-0,226$ соответственно).

Заключение. Нами выявлена взаимосвязь между уровнем маркёров системного воспаления и инструментальными показателями, характеризующими степень ЭД, у больных хроническими формами ИБС. Наиболее тесно с показателями ЭД коррелирует уровень ИЛ-1. Выявленная нами закономерность подтверждает совместное участие системного воспаления и ЭД в патогенезе коронарного атеросклероза.

АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНЕЗА ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ

Татаринова А.А.

ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова», Росмедтехнологии, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: проанализировать динамику желудочковых аритмий (ЖА) ишемического и неишемического генеза у пациентов с ИБС и оценить антиаритмическую (АА) эффективность реваскуляризации миокарда (РМ) в ранние и отдаленные сроки после операции.

Материал и методы: был обследован 61 пациент (47 мужчин) 57,4±8,5 лет с ИБС, стенокардией напряжения 2-3 ф.кл., инфарктом миокарда в анамнезе, с ЖА высоких градаций. В соответствии с результатами холтеровского мониторирования (ХМ) ЭКГ и проб с физической нагрузкой (ФН) пациенты были разделены на 2 группы: в I группу вошли 34 пациента с ишемическими ЖА (возникающими в дневные часы; с нарастанием количества и/или комплексности ЖА, сопровождающих ангинозный синдром и ишемические изменения ST в ходе пробы с ФН; с положительной пробой с нитроглицерином), а во II-ю группу - 27 пациентов с неишемическими ЖА (с равномерным суточным распределением, с исчезновением или отсутствием динамики ЖА в ходе пробы с ФН, несмотря на изменения сегмента ST). Согласно результатам коронарографии всем пациентам была выполнена РМ (ангиопластика со стентированием или коронарное шунтирование). По степени поражения коронарного русла группы были сопоставимы. Полная реваскуляризация была достигнута в 62% случаев в I группе и в 78% - во II-й. АА эффективность РМ оценивалась в соответствии с динамикой ЖА при ХМЭКГ (снижение одиночной желудочковой эктопии (ЖЭ) на 75%, парной ЖЭ - на 90%, отсутствие пароксизмов ускоренного ритма и желудочковой тахикардии) на 2-3 недели, 6 месяцев и 1 год после операции и при нагрузочных пробах (уменьшение комплексности ЖА или их отсутствие) (6 месяцев и 1 год).

Результаты: при анализе динамики ЖА вне зависимости от генеза ЖА было выявлено, что эффективность РМ достаточно высока в ранние сроки после операции (83,6%), но через 6 месяцев снижается до 67,2%, а через 1 год - до 62,2%). При оценке динамики в зависимости от генеза ЖА, оказалось, что в I группе пациентов АА эффективность РМ выше, чем во II-й группе (в 88,9% против 79,4% - в ранние сроки, в 77,8% против 58,8% - к 6 месяцам, в 70,4% против 55,9% - через 1 год), а также несколько выше, чем была эффективность у всей категории пациентов. При учете и генеза ЖА и степени полноты РМ, оказалось, что в I группе при полной РМ в ранние сроки наблюдалась еще большая АА эффективность РМ (в ранние сроки - 95,2%), через 6 месяцев - 85,7%, а через 1 год - 71,4%), а во II группе - в ранние сроки - 81,0%, через полгода - 66,7%, через 1 год - 57,1%. Во всех случаях АА эффективность РМ совпадала с эффективностью оперативного лечения ишемии миокарда.

Выводы: АА эффективность РМ у пациентов с ИБС и ЖА высоких градаций высока в ранние сроки после операции и постепенно снижается в течение 1 года. Высокая эффективность наблюдается у пациентов с ЖА ишемического генеза при полной РМ (до 95,2% с постепенным снижением в течение 1 года до 71,4%). Таким образом, для более точного определения АА эффективности РМ целесообразно оценивать на дооперационном этапе связь ЖА с ишемией миокарда и учитывать особенности РМ.

ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС В ХОДЕ НАГРУЗОЧНЫХ ПРОБ И ИХ ДИНАМИКА НА ФОНЕ ОПЕРАТИВНОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС

Татаринова А.А., Трешкур Т.В.
ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова», Росмедтехнологии, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: изучить характер поведения желудочковых аритмий (ЖА) в ходе нагрузочных проб у пациентов с ИБС и влияние на них хирургического и консервативного лечения ИБС.

Материал и методы: проба с физической нагрузкой (ФН) по протоколу Bruce была выполнена 75 пациентам (58 мужчин) 56,6±7,6 лет с ИБС, стенокардией напряжения 2-3 ф.кл., инфарктом миокарда в анамнезе, с ЖА высоких градаций. Все больные с учетом данных неинвазивных методов обследования были направлены на коронарографию (КГ). Согласно ее результатам 61 пациенту была выполнена реваскуляризация миокарда (РМ), а 23 пациентам была продолжена консервативная терапия. Полная РМ была проведена у 42 пациентов (69%). Проба с ФН выполнялась у всех пациентов на дооперационном этапе. Сравнительная оценка влияния РМ и консервативного лечения на ЖА в ходе пробы с ФН через 6 месяцев и 1 год проводилась только у пациентов с полной РМ (1 группа) и без оперативного вмешательства (2 группа).

Результаты: в ходе пробы с ФН максимальная мощность ФН составила 6,6±2,1 МЕТ, низкая толерантность к ФН наблюдалась в 66,6% случаев, средняя - в 25,4%., ишемическая депрессия ST регистрировалась в 78,6% случаев. Тредмил-индекс Дюка: < -10 - у 28 чел., -10- +4 - у 41 чел., >+5 - у 6 чел. ЖА в ходе ФН появлялись и нарастали у 42 человек (56%), нарастали по сравнению с исходным уровнем - у 10 человек (13,3%). Из них у 42 пациентов ЖА носили предполагаемо ишемический характер (у 30 - ЖА связаны с ишемическими изменениями ST и/или ангинозным синдромом, а у 12 - положительная проба с нитроглицерином (Ng)). Отсутствовала динамика ЖА в ходе нагрузки по сравнению с исходным уровнем у 6 чел. (8,0%), исчезали ЖА на пике нагрузки с возобновлением в восстановительном периоде (ВП) - у 2 чел. (2,7%). Только в ВП появлялись ЖА у 10 чел. (13,3%), а отсутствовали ЖА в ходе всего периода ФН у 5 чел. (6,7%). Преобладала одиночная желудочковая эктопия (ОЖЭ) (90,7%), парная ЖЭ встречалась в трети случаев, а пароксизмы неустойчивой желудочковой тахикардии (ЖТ) - в 14,7% случаев.

Через 6 мес. после операции ЖА отсутствовали в ходе пробы с ФН у 45,7% пациентов, а появлялись и/или нарастали у 42,8% (у 83,3% - положительная проба с Ng). Эти результаты были схожи с данными во 2-й гр. (у 43,5% и 30,1%, соотв.). Связи ЖА с ишемическими изменениями ST у неоперированных пациентов не было. К 1 году в обеих группах наблюдалось снижение доли пациентов с отсутствием ЖА (у 40,5% и 34,8%, соотв.). При анализе данных пациентов с исходно нагрузочными ЖА оказалось, что к 6 мес. ЖА отсутствовали у 56,5% 1-й группы, а к 1 году - у 50%. Если же принимать во внимание ишемический генез ЖА, то доля пациентов с отсутствием ЖА вырастает в 1-й группе к полугоду наблюдения до 60%, но также снижается к 1 году.

Выводы: при выполнении пробы с ФН у больных с ИБС и ЖА возможно 6 вариантов поведения ЖА, которые могут помочь в уточнении генеза аритмии. Максимальный антиаритмический эффект (до 60%) наблюдается при полной РМ в течение полугода наблюдения в отношении ишемических ЖА.

КАК ВЛИЯЕТ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА?

Татаринова А.А.

ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова», Росмедтехнологии, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: изучить изменения показателей электрической нестабильности миокарда (ЭНМ) у пациентов с ИБС и желудочковыми аритмиями (ЖА) через 6-12 месяцев после хирургической реваскуляризации миокарда (РМ) по сравнению с исходными данными.

Материал и методы: обследовано 84 пациента (77% - мужчин) 57,6 ±9,0 лет с ИБС, стенокардией напряжения 2-3 ф.кл., инфарктом миокарда в анамнезе, с ЖА высоких градаций. По результатам коронарографии (КГ) 61 пациенту выполнена РМ (ангиопластика со стентированием (РТСА) - 1-я группа или коронарное шунтирование (КШ) - 2-я группа), а 23 (3-я группа) - продолжено консервативное лечение. Всем больным исходно и через 6 и 12 месяцев после РМ (или КГ для 3-й гр.) проводилось ХМЭКГ (KTresult2, «Кардиотехника-4000»), в ходе которого в сравнении изучались показатели ЭНМ: циркадный индекс (ЦИ), дисперсия QT (dQT), параметры вариабельности (ВСР) (SDNN, pNN50, rMSSD, SDANN, VLF, LF, HF) и турбулентности сердечного ритма (ТСР) (TO и TS), микровольтная альтернация зубца Т (мвАЗТ) (максимальная и суммарная длительность участков с положительным тестом на мвАЗТ, среднее и максимальное значение амплитуды альтернации (Valt)).

Результаты: при сравнении исходных данных ХМЭКГ было выявлено, что во 2-й группе статистически значимо ($p<0,05$) была выше dQT, ниже значения SDNN, SDANN, LF, чем в 3-й, больше максимальная и суммарная длительность участков с положительным тестом на мвАЗТ, чем в 1-й и 3-й группе. При оценке показателей ЭНМ в динамике до и после РМ (или КГ) у больных, перенесших РТСА, наблюдалось постепенное снижение dQT (с 20.6±10.1 мс до 16.5±6.9 мс) и LF (с 828.6±694.2 мс^2 до 667.8±412.2 мс^2), но повышение pNN50, rMSSD и HF к 6 мес. со снижением ниже исходных к 1 году; нарастание суммарной длительности участков с мвАЗТ и максимальных значений Valt к 6 мес. и постепенное их снижение до уровня выше исходного к 1 году; снижение к 1 году значений TO (от -2.3±2.1% до -3.4±3.3%) и повышение к полугоду значений TS. Во 2-й группе также постепенно снижались к 1 году dQT (от 27.8±14.8 до 14.2±7.7 мсек, $p=0,001$), pNN50, rMSSD, VLF, LF, HF, максимальная длительность участков с мвАЗТ (с 5.4±4.2 до 1.7±0.6 мин, $p<0,05$). При этом отмечалось снижение Valt к 6 месяцам с повышением к 1 году, а также повышение TS к 6 месяцам со снижением к 1 году. В 3-й группе выявлено постепенное (статистически незначимое) снижение dQT, параметров ВСР, параметров, характеризующих тест на мвАЗТ, однако параметры ТСР в этой группе оставались без изменений.

Выводы: таким образом, после хирургической РМ у пациентов с ИБС и ЖА наблюдаются изменения показателей ЭНМ в зависимости от вида операции, однако в целом, отмечается тенденция к уменьшению ЭНМ к 6 месяцам и ее постепенному нарастанию к 1 году после операции.

НЕКОРОНАРОГЕННЫЕ ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ ТАХИАРИТМИИ

Татарский Р.Б., Лебедев Д.С.
ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова», Росмедтехнологии, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Желудочковые тахиаритмии часто осложняют течение основного сердечного заболевания, приблизительно от 10% до 20% от всех желудочковых аритмий носят идиопатический характер. Такие тахиаритмии могут требовать радикального интервенционного лечения и носить злокачественный характер.

Цель: оценить возможности катетерной аблации неишемических желудочковых тахиаритмий у пациентов детского и взрослого возраста, в том числе с использованием навигационной системы картирования.

Материалы и методы. С 2006 по 2009 годы в нашем центре было проведено 236 катетерных аблаций некоронарогенных желудочковых тахиаритмий, в том числе пациентов детского возраста. В 98 случаях радиочастотная аблация производилась под нефлюороскопическим контролем.

Результаты. Подавляющее число неишемических желудочковых тахиаритмий было ассоциировано с выходным отделом правого желудочка. Остальные по встречаемости составили: выходной отдел левого желудочка, фасцикулярные тахикардии, базальные отделы, верхушечные отделы правого и левого желудочков. В большинстве случаев, в зависимости от локации нарушений ритма, катетерная аблация производилась орошаемыми электродами. В 57 случаях производилась интраоперационная биопсия миокарда для установления диагноза.

Выводы: Общая эффективность устранения всех видов желудочковых тахиаритмий в среднем составила 88%. Эффективность зависит от локализации аритмогенного очага и основного заболевания, наличия и воспроизводимости нарушений ритма в ходе эндокардиального ЭФИ. При сравнении эффективности устранения желудочковых тахиаритмий из ВОПЖ, ВОЛЖ достоверно не было выявлено различий между стандартной конвенциальной методикой и с использованием навигационной системы картирования, имело значение только время рентгенологического излучения. Поэтому катетерную аблацию в условиях навигационного картирования желудочковых тахиаритмий из ВОПЖ можно рекомендовать для использования у пациентов детского возраста с целью редукции времени рентгеновского излучения.

РОЛЬ ЭНДОКАРДИАЛЬНОЙ БИОПСИИ В ЛЕЧЕНИИ ЖТА

Татарский Р.Б., Гуреев С.В., Митрофанова Л.Б., Лебедев Д.С.
ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова», Росмедтехнологии, Санкт-Петербург, Россия

На сегодняшний день считается, что существует большая доля пациентов с идиопатическими желудочковыми аритмиями. Тем не менее, представляется, что даже высокотехнологичные методы исследования, в полной мере, не могут отразить структурные изменения миокарда, и как следствие модифицирование его электрофизиологических свойств, что является причиной возникновения желудочковых аритмий.

Цель работы. Определить наличие структурных изменений сердца с использованием эндомиокардиальной биопсии (ЭМБ) у пациентов с диагнозом идиопатической желудочковой тахиаритмии.

Материалы и методы: радиочастотной катетерной аблации и ЭМБ подверглись 57 пациентов с установленным диагнозом идиопатическая желудочковая тахиаритмия. Выполнение ЭМБ существенно не увеличивает риск, лучевую нагрузку и длительность интервенционного вмешательства. ЭМБ выполнялась с использованием различных видов биотомов, и достаточным считалось получение 4-7 кусочков-биоптатов.

Результаты: По данным ЭМБ были получены следующие данные: хронический миокардит - 11,миокардитический кардиосклероз - 8 пациентов; активный миокардит - 7 пациентов; аритмогенная дисплазия правого желудочка - 13 пациентов; липома - 2; алкогольная кардиомиопатия - 1; ГКМП - 6; амилоидоз - 2; гипертрофия и белковая дистрофия - 6; . Ни в одном случае, предварительные неинвазивные методики исследования не позволили заподозрить данные патологии. Общая эффективность устранения ЖТА с использованием катетерной аблации на протяжении всего периода наблюдений (до 10 лет) составила 85%. Сердечно-сосудистых происшествий, ассоциированных с ЭМБ, не возникло ни в одном случае.

Заключение: Применение ЭМБ открывает новые горизонты в улучшении качеств диагностики, определении патогенетических основ и оценке дальнейших прогнозов у пациентов с ЖТА, что делает медикаментозный подход менее эмпиричным, а катетерную аблацию более предсказуемой. Тем не менее, необходимо большое количество исследований для обобщения данных и определения единой стратегической тактики у пациентов с такой аритмической патологией.

КАТЕТЕРНАЯ АБЛАЦИЯ ПРЕДСЕРДНЫХ ТАХИКАРДИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕФЛЮОРОСКОПИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ КАРТИРОВАНИЯ

Татарский Р.Б., Лебедев Д.С., Выговский А.Б., Лебедева В.К.
ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова», Росмедтехнологии, Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценить эффективность радиочастотной аблации (РЧА) предсердных тахикардий (ПТ), протекающих без участия нижнего перешейка сердца, с использованием электроанатомического метода картирования.

Материалы и методы: в исследование вошло 126 пациентов. В 81 случае тахикардия носила эктопический характер (59%). У остальных пациентов (41%) ПТ протекала по механизму ри-ентри. В 54 случаях инцизионная ПТ. В 38 случаях определялся левопредсердный характер тахикардии.

Результаты: эффективность при фокусной ПТ - 88%. У 14% больных идентифицировались два и более эктопических центра активности. При ри-ентри механизме эффективность РЧА достигала 90 %. Длительность наблюдения составила до двух лет.

Выводы: Методы электроанатомического картирования эффективны и безопасны при РЧА предсердных тахикардий и являются методом выбора в настоящее время. А эффективность катетерной аблации напрямую зависит от локализации тахикардии, а также от количества кругов ри-ентри или эктопических очагов в предсердиях.

АБЛАЦИЯ НАРУШЕНИЙ РИТМА У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАВИГАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ КАРТИРОВАНИЯ

Татарский Р.Б., Лебедев Д.С.
ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова», Росмедтехнологии, Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценить эффективность, безопасность и сравнение применения электроанатомической системы картирования в устранении различных видов нарушений ритма сердца у пациентов детского возраста.

Материалы и методы: в период с 2006 по 2009 годы эндокардиальное ЭФИ и катетерная аблация в условиях навигационного картирования выполнены 87 больным. В 32 случаях пациенты страдали предсердными тахиаритмиями, в том числе инцизионными тахикардиями. В остальных случаях интервенционное вмешательство было фокусировано на желудочковых нарушениях ритма. Показанием к операции являлась пароксизмальные или непрерывно-рецидивирующие тахиаритмии, сопровождающаиеся явлениями сердечной недостаточности и толерантные к антиаритмической терапии.

Результаты: Эффективность устранения предсердных тахикардий составила 100%, Предсердные экстрасистолии - из шести пациентов неуспех аблации у одного ребенка, в связи с различным интервалом сцепления, колеблющейся длиной цикла при залповой экстрасистолии.

В случае желудочковых тахиаритмий у одного ребенка радиочастотная аблация оказалась неэффективной, несмотря на четкую электроанатомическую локализацию очага экстрасистолии, также подтвержденную стимуляционным картированием, вероятно эпикардиальное расположение очага. В другом случае, локализация эктопического очага определялась в области пучка Гиса (парагисиальная позиция), радиочастотное воздействие не проводилось из-за высокого риска развития полной атриовентрикулярной блокады.

Выводы: При наличии желудочковых тахиаритмий из выходных трактов правого и левого желудочков электроанатомический подход не несет преимуществ над эффективностью конвекционной методикой. Но использование нефлюроскопической системы картирования значительно сокращает время рентгеновского излучения и дозу радиации, что особенно важно при проведении катетерной аблации у детей. Разумеется, основная сфера применения электроанатомического картирования - аблация сложных нарушений ритма. Применение электроанатомической системы безопасно и эффективно у детей.

ПОСТОПЕРАЦИОННЫЕ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫЕ ТАХИКАРДИИ: ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

Татарский Р.Б., Лебедев Д.С.

ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова», Росмедтехнологии, Санкт-Петербург, Россия

В связи с бурным темпом роста операций на открытом сердце, более агрессивной хирургической тактикой лечения пороков сердца и длительной выживаемостью больных, возрастает актуальность радикального лечения постоперационных тахикардий, частота которых достигает 40-50%. Применение электроанатомической системы открыло новые горизонты в лечении таких тахикардий, но с проблемой установления долгосрочности аблации и рецидивирования тахикардий традиционно сталкиваются в каждой электрофизиологической лаборатории.

Материалы и методы: ВСЭФИ и РЧА с использованием системы электроанатомического картирования подверглись 49 пациентов с инцизионной тахикардией и 51 пациент с истмус-зависимым ТП после хирургической коррекции пороков сердца. Выполнялась аблация всех потенциальных кругов риентри, все рубцы соединялись между собой и анатомическим препятствием.У пациентов с типичным трепетанием предсердий также аблация всех субстратов для макрориентри.

Результаты: у пациентов с атипичным трепетанием предсердий преимущественно круги ассоциировались с «рубцами» по переднелатеральной стенке правого предсердия, у 11 пациентов тахикардия носила эктопический характер. У пациентов с истмус-зависимым ТП был выявлен «рубец» простирающийся до нижней полой вены, что является дополнительным анатомическим барьером для устойчивого поддержания ТП. Двухцикличное ТП выявлено в 19 случаях, у 7 пациентов связано с циркуляцией фронта активации вокруг трикуспидального клапана и вокруг рубцового поля. У остальных пациентов циркуляция возбуждения проходила с захватом рубцов.

На протяжении периода наблюдения эффективность аблации тахикардий, протекающих с вовлечением нижнего перешейка сердца, составила 95%, а в остальных случаях 92%.

Выводы: несомненно, электроанатомическое картирование является «золотым стандартом» для лечения постоперационных тахикардий. Множественные рубцовые поля, измененная анатомия и электрофизиология предсердий, нарушенная гемодинамика, а также слабость синусового создают постоянную готовность «оперированных сердец» для возникновения нескольких кругов у одного пациента. Поэтому для увеличения эффективности аблации необходимо элиминация не только существующего круга риентри, но и всех предполагаемых кругов тахикардии, в том числе и у пациентов с истмус-зависимым ТП.

ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА ЖЕНЩИН В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Тихомирова О.В., Назаров СБ., Москвина Е.А.

ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова Росмедтехнологии», г. Иваново, Россия

Целью настоящего исследования явилось выявить изменение функционального состояния организма женщин в I триместре беременности в зависимости от возраста и исходных физиологических параметров. Мы использовали совокупность показателей, которые составляют методику определения "биологического возраста" и имеют высокую корреляцию с возрастом.

Материал и методы исследования. Было обследовано 85 женщин, из которых контрольную группу составили небеременные соматически здоровые женщины - 16 пациенток в возрасте 20-24 года и 15 пациенток в возрасте 30-34 года. В основной группе было 30 беременных женщин с физиологическим течением гестации на сроках от 9 до 12 недель в возрасте 20-24 года. Во второй группе были 24 беременные женщины с физиологическим течением гестации на сроках от 9 до 12 недель в возрасте 30-34 года. Определялись следующие функциональные характеристики: артериальное давление, скорость распространения пульсовой волны по артериям эластического и мышечного типа, жизненная емкость легких, время задержки дыхания на вдохе и выдохе, аккомодация глаза, слуховой порог, статическая балансировка на одной ноге, тест - субъективная самооценка здоровья, символьно-цифровой тест Векслера, масса тела.

Результаты исследования. Средний возраст основных групп составил - 21,83 ± 1,56, 31,54 ± 1,53 и достоверно не отличался от среднего возраста контрольных групп - 22,56 ± 1,15 ($p>0,05$), 32,00 ± 1,69 ($p>0,05$). В возрастной группе 20-24 года у беременных женщин по сравнению с контрольной группой небеременных женщин отмечалось: снижение количества набранных баллов в символьно-цифровом тесте Векслера на 8%

($p<0,05$), уменьшение времени задержки дыхания на глубине вдоха на 10% ($p<0,05$). В возрастной группе 30-34 года у беременных при сравнении с контрольной группой выявлено уменьшение скорости распространения пульсовой волны по сосудам мышечного типа, оценивающей эластические свойства сосудов среднего калибра на 6% ($p<0,05$). У беременных женщин в возрастной группе 30-34 года, при сравнении с возрастной группой 20-24 года, отмечалось: повышение скорости распространения пульсовой волны по сосудам эластичного типа на 11% ($p=0,001$), снижение аккомодации глаза на 10% ($p<0,01$), уменьшение времени статической балансировки на одной ноге на 21% ($p<0,01$), уменьшение количества набранных баллов в символьно-цифровом тесте Векслера на 10% ($p<0,01$).

Таким образом, выявленная зависимость отдельных функциональных показателей состояния организма женщин в I триместре гестации от возраста позволяет оценить изменение компенсаторных возможностей организма женщин с учетом наступившей беременности.

ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ ТРЕДМИЛОМЕТРИИ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С УЧАСТИЕМ МЕТОПРОЛОЛА СУКЦИНАТА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ III ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

Трегубов В.Г., Кумачёва Е.С., Веселенко М.И., Рутенко С.В., Спирина К.С.
МУЗ ГБ №2 «КМЛДО», кардиологическое отделение, г. Краснодар, Россия

Цель. Определить динамику параметров тредмилометрии на фоне комплексной терапии с участием метопролола сукцината хронической сердечной недостаточности (ХСН) III функционального класса.

Объект и методы исследования. В исследование было включено 56 пациентов, из них 30 мужчин и 26 женщин (возраст 62,9+1,8 лет), с ХСН III функционального класса на фоне ишемической болезни сердца и/или гипертонической болезни III стадии. Всем для комплексной терапии (квинаприл, торасемид, спиронолактон) назначался бета-адреноблокатор метопролола сукцинат замедленного высвобождения (беталок ЗОК фирмы «AstraZeneca», Швеция) в дозе 59,1±4,5 мг/сутки. Исходно и через 6 месяцев терапии выполнялись тест 6-минутной ходьбы для определения функционального класса ХСН, эхокардиография на аппаратте ALOKA 4000 SV (Япония) с анализом фракции выброса левого желудочка, тредмилометрия на аппарате SHILLER CARDIOVIT CS 200 (Швейцария) с анализом двойного произведения и максимальной нагрузки. Статистическая обработка результатов исследования проводилась методами вариационной статистики при помощи пакета анализа Microsoft Excel 2000 с применением алгоритма прямых разностей по Монцевичюте-Эрингене, расчетом средней арифметической (M), ошибки средней арифметической (m) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия признавались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты. Комплексная терапия с участием метопролола сукцината замедленного высвобождения в течение 6 месяцев не привела к статистически значимым изменениям исследуемых параметров тредмилометрии - двойного произведения и максимальной нагрузки.

Заключение. Известно, что у пациентов с ХСН позитивное прогностическое действие бета-адреноблокаторов связано со сбалансированным подавлением нейрогуморальной активации и положительным влиянием на сердечно-сосудистое ремоделирование. Следовательно, повышение толерантности к нагрузкам может не являться основной целью комплексной терапии пациентов с ХСН высоких градаций на фоне ишемической болезни сердца и/или гипертонической болезни III стадии. Не исключено, что полученные данные потребуют дальнейшего изучения.

ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ ТРЕДМИЛОМЕТРИИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ МЕТОПРОЛОЛА СУКЦИНАТОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ I ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

Трегубов В.Г., Спирина К.С., Веселенко М.И., Рутенко С.В., Кумачёва Е.С.
МУЗ ГБ №2 «КМЛДО», кардиологическое отделение, г. Краснодар, Россия

Цель. Определить динамику параметров тредмилометрии на фоне терапии метопролола сукцинатом хронической сердечной недостаточности (ХСН) I функционального класса.

Объект и методы исследования. В исследовании участвовали 51 пациент с сохранной фракцией выброса левого желудочка и ХСН I функционального класса на фоне гипертонической болезни I-II стадии, из них 30 мужчин и 21 женщина. Их возраст составлял 52,6+1,4 года. Всем назначался бета-адреноблокатор метопролола

сукцинат замедленного высвобождения (беталок ЗОК фирмы «AstraZeneca», Швеция) в дозе 78,1+5,7 мг/сутки. Исходно и через 6 месяцев терапии выполнялись тест 6-минутной ходьбы для определения функционального класса ХСН, эхокардиография на аппаратте ALOKA 4000 SV (Япония) с анализом фракции выброса левого желудочка, тредмилометрия на аппарате SHILLER CARDIOVIT CS 200 (Швейцария) с анализом двойного произведения и максимальной нагрузки. Статистическая обработка результатов исследования проводилась методами вариационной статистики при помощи пакета анализа Microsoft Excel 2000 с применением алгоритма прямых разностей по Монцевичюте-Эрингене, расчетом средней арифметической (M), ошибки средней арифметической (m) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия признавались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты. Монотерапия метопролола сукцинатом замедленного высвобождения в течение 6 месяцев не привела к статистически значимым изменениям исследуемых параметров тредмилометрии - двойного произведения и максимальной нагрузки.

Заключение. Зная о том, что у больных с гипертонической болезнью без ишемической болезни сердца и перенесенного инфаркта миокарда в анамнезе улучшение прогноза зависит от снижения артериального давления самого по себе, мы считаем возможным согласиться с мнением других авторов, что бета-адреноблокаторы могут не являться препаратами выбора для терапии пациентов с сохранной фракцией выброса левого желудочка и ХСН I функционального класса на фоне гипертонической болезни I-II стадии. Не исключено, что полученные данные потребуют дальнейшего изучения.

ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ ТРЕДМИЛОМЕТРИИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ МЕТОПРОЛОЛА СУКЦИНАТОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ II ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

Трегубов В.Г., Рутенко С.В., Веселенко М.И., Кумачёва Е.С., Спирина К.С.
МУЗ ГБ №2 «КМЛДО», кардиологическое отделение, г. Краснодар, Россия

Цель. Определить динамику параметров тредмилометрии на фоне терапии метопролола сукцинатом хронической сердечной недостаточности (ХСН) II функционального класса.

Объект и методы исследования. В исследовании участвовали 53 пациента с сохранной фракцией выброса левого желудочка и ХСН II функционального класса на фоне гипертонической болезни I-II стадии, из них 29 мужчин и 24 женщин. Их возраст составлял 52,9+2,3 года. Всем назначался бета-адреноблокатор метопролола сукцинат замедленного высвобождения (беталок ЗОК фирмы «AstraZeneca», Швеция) в дозе 97,3+9,5 мг/сутки. Исходно и через 6 месяцев терапии выполнялись тест 6-минутной ходьбы для определения функционального класса ХСН, эхокардиография на аппаратте ALOKA 4000 SV (Япония) с анализом фракции выброса левого желудочка, тредмилометрия на аппарате SHILLER CARDIOVIT CS 200 (Швейцария) с анализом двойного произведения и максимальной нагрузки. Статистическая обработка результатов исследования проводилась методами вариационной статистики при помощи пакета анализа Microsoft Excel 2000 с применением алгоритма прямых разностей по Монцевичюте-Эрингене, расчетом средней арифметической (M), ошибки средней арифметической (m) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия признавались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты. Монотерапия метопролола сукцинатом замедленного высвобождения в течение 6 месяцев не привела к статистически значимым изменениям исследуемых параметров тредмилометрии - двойного произведения и максимальной нагрузки.

Заключение. Зная о том, что у больных с гипертонической болезнью без ишемической болезни сердца и перенесенного инфаркта миокарда в анамнезе улучшение прогноза зависит от снижения артериального давления самого по себе, мы считаем возможным согласиться с мнением других авторов, что бета-адреноблокаторы могут не являться препаратами выбора для терапии пациентов с сохранной фракцией выброса левого желудочка и ХСН II функционального класса на фоне гипертонической болезни I-II стадии. Не исключено, что полученные данные потребуют дальнейшего изучения.

ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ ТРЕДМИЛОМЕТРИИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ КВИНАПРИЛОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ I ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

Трегубов В.Г., Спирина К.С., Веселенко М.И., Рутенко С.В., Кумачёва Е.С.
МУЗ ГБ №2 «КМЛДО», кардиологическое отделение, г. Краснодар, Россия

Цель. Определить динамику параметров тредмилометрии на фоне терапии квинаприлом хронической сердечной недостаточности (ХСН) I функционального класса.

Объект и методы исследования. В исследовании участвовали 49 пациентов с сохранной фракцией выброса левого желудочка и ХСН I функционального класса на фоне гипертонической болезни I - II стадии. Из них 25 мужчин и 24 женщины. Их возраст составлял 52,5+1,4 года. Всем назначался ингибитор ангионезин-превращающего фермента квинаприл (аккупро фирмы Pfaizer, США) в дозе 17,3+4,7 мг/сутки. Исходно и через 6 месяцев терапии выполнялись тест 6-минутной ходьбы для определения функционального класса ХСН, эхокардиография на аппаратте ALOKA 4000 SV (Япония) с анализом фракции выброса левого желудочка, тредмилометрия на аппарате SHILLER CARDIOVIT CS 200 (Швейцария) с анализом двойного произведения и максимальной нагрузки. Статистическая обработка результатов исследования проводилась методами вариационной статистики при помощи пакета анализа Microsoft Excel 2000 с применением алгоритма прямых разностей по Монцевичюте-Эрингене, расчетом средней арифметической (M), ошибки средней арифметической (m) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия признавались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты. На фоне монотерапии квинаприлом увеличивалась максимальная нагрузка (на 13,3%), достоверно не изменялось двойное произведение.

Заключение. Сбалансировано подавляя нейрогуморальную активацию и положительно влияя на регресс сердечно-сосудистого ремоделирования, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента способствовали клинически значимому повышению толерантности к физической нагрузке. Отсюда следует, что ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента могут являться препаратами выбора для терапии пациентов с сохранной фракцией выброса левого желудочка и ХСН I функционального класса на фоне гипертонической болезни I-II стадии. Не исключено, что полученные данные потребуют дальнейшего изучения.

ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ ТРЕДМИЛОМЕТРИИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ КВИНАПРИЛОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ II ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

Трегубов В.Г., Рутенко С.В., Веселенко М.И., Кумачёва Е.С., Спирина К.С.
МУЗ ГБ №2 «КМЛДО», кардиологическое отделение, г. Краснодар, Россия

Цель. Определить динамику параметров тредмилометрии на фоне терапии квинаприлом хронической сердечной недостаточности (ХСН) II функционального класса.

Объект и методы исследования. В исследовании участвовали 47 пациентов с сохранной фракцией выброса левого желудочка и ХСН II функционального класса на фоне гипертонической болезни I - II стадии. Из них 21 мужчина и 26 женщин. Их возраст составлял 57,5+1,3 года. Всем назначался ингибитор ангионезин-превращающего фермента квинаприл (аккупро фирмы Pfaizer, США) в дозе 24,7,3+6,3 мг/сутки. Исходно и через 6 месяцев терапии выполнялись тест 6-минутной ходьбы для определения функционального класса ХСН, эхокардиография на аппаратте ALOKA 4000 SV (Япония) с анализом фракции выброса левого желудочка, тредмилометрия на аппарате SHILLER CARDIOVIT CS 200 (Швейцария) с анализом двойного произведения и максимальной нагрузки. Статистическая обработка результатов исследования проводилась методами вариационной статистики при помощи пакета анализа Microsoft Excel 2000 с применением алгоритма прямых разностей по Монцевичюте-Эрингене, расчетом средней арифметической (M), ошибки средней арифметической (m) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия признавались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты. На фоне монотерапии квинаприлом увеличивалась максимальная нагрузка (на 12,5%), достоверно не изменялось двойное произведение.

Заключение. Сбалансировано подавляя нейрогуморальную активацию и положительно влияя на регресс сердечно-сосудистого ремоделирования, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента способствовали клинически значимому повышению толерантности к физической нагрузке. Отсюда следует, что ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента могут являться препаратами выбора для терапии пациентов с

сохранной фракцией выброса левого желудочка и ХСН II функционального класса на фоне гипертонической болезни I-II стадии. Не исключено, что полученные данные потребуют дальнейшего изучения.

ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ ТРЕДМИЛОМЕТРИИ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С УЧАСТИЕМ ИВАБРАДИНА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ III ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

Трегубов В.Г., Кумачёва Е.С., Веселенко М.И., Рутенко С.В., Спирина К.С.
МУЗ ГБ №2 «КМЛДО», кардиологическое отделение, г. Краснодар, Россия

Цель. Определить динамику параметров тредмилометрии на фоне комплексной терапии с участием ивабрадина хронической сердечной недостаточности (ХСН) III функционального класса.

Объект и методы исследования. В исследование было включено 44 пациента, из них 20 мужчин и 24 женщины (возраст 59,4±1,3 лет), с ХСН III функционального класса на фоне ишемической болезни сердца и/или гипертонической болезни III стадии. В случаях, когда использование бета-адреноблокаторов было противопоказано, для комплексной терапии (квинаприл, торасемид, спиронолактон) им был назначен ингибитор If каналов ивабрадин (кораксан фирмы Servier, Франция) в дозе 12,1+2,3 мг/сутки. Исходно и через 6 месяцев терапии выполнялись тест 6-минутной ходьбы для определения функционального класса ХСН, эхокардиография на аппаратте ALOKA 4000 SV (Япония) с анализом фракции выброса левого желудочка, тредмилометрия на аппарате SHILLER CARDIOVIT CS 200 (Швейцария) с анализом двойного произведения и максимальной нагрузки. Статистическая обработка результатов исследования проводилась методами вариационной статистики при помощи пакета анализа Microsoft Excel 2000 с применением алгоритма прямых разностей по Монцевичюте-Эрингене, расчетом средней арифметической (M), ошибки средней арифметической (m) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия признавались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты. На фоне комплексной терапии с участием ивабрадина увеличивалась максимальная нагрузка (на 13,3%), достоверно не изменялось двойное произведение.

Заключение. Зная о том, что адекватный контроль за частотой сердечных сокращений способствует ограничению сердечно-сосудистого ремоделирования, можно предположить, что комплексная терапия с участием ивабрадина повышает толерантность к физической нагрузке вследствие как положительного воздействия на органы-мишени, так и опосредованного влияния на развивающийся при ХСН симпато-парасимпатический дисбаланс. Следовательно, ивабрадин может служить альтернативой бета-адреноблокаторам, при невозможности их применения у пациентов с ХСН высоких градаций. Не исключено, что полученные данные потребуют дальнейшего изучения.

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ТАХИКАРДИЙ С ШИРОКИМИ QRS

Трешкур Т.В., Чмелевский М.П.
ФГУ «ФЦ СКЭ им. В.А.Алмазова», Санкт-Петербург, Россия

Правильный диагноз тахикардии с широкими комплексами, несмотря на достаточно большое количество общепризнанных критериев дифференциальной диагностики желудочковой и суправентрикулярной тахикардии с аберрантным проведением, остается большой проблемой. Вместе с тем для пациента с тахикардией с широкими QRS комплексами (продолжительность QRS >120мс), как для экстренной, так и для длительной терапии, крайне важен верный диагноз. Преимущественное количество предложенных к настоящему времени критериев и алгоритмов дифференцирования основано на анализе данных поверхностной ЭКГ. При этом считается, что истинный диагноз возможен лишь в 50% случаев, и это связано с невысокой чувствительностью и трудностью применения морфологических критериев в рутинной практике.

Целью исследования явилось изучение возможности более точной дифференциальной диагностики тахикардий с широкими комплексами QRS при использовании дополнительного чреспищеводного (ЧП) отведения ЭКГ.

Материал и методы. Зарегистрировано 19 случаев устойчивых мономорфных тахикардий с широкими комплексами QRS с частотой от 147 до 200 ударов в 1 мин (в среднем 170±8,5) и 8 случаев постоянно-возвратной тахикардии с частотой от 140 до 170 ударов в 1 мин (в среднем 155±7,2). Во всех случаях гемодинамика у пациентов была стабильной, тахикардия субъективно ощущалась как сильное сердцебиение.

Проведен анализ и сопоставление записей поверхностной ЭКГ в 12 отведениях с дополнительной записью ЧП отведения ЭКГ. Анализ проводили 3 независимых исследователя с высокой квалификацией.

Результаты. Ориентируясь на данные поверхностной ЭКГ лишь в 11 случаях тахикардий с широкими комплексами QRS (40,7%) можно было с уверенностью утверждать (мнения исследователей совпали), что среди них: у 8 больных - желудочковая тахикардия (ЖТ) (на основании наличия АВ диссоциации), у 1 - трепетание предсердий 1:1 с блокадой левой ножки п. Гиса (при проведении 2:1 и 3:1 определялись волны F и регистрировались узкие комплексы QRS без блокады), у 1 - АВ антидромная реципрокная тахикардия (было известно о дополнительных путях проведения) и у 1 - АВ ортодромная реципрокная тахикардия (хорошо контурировали отрицательные зубцы Р позади QRS). В остальных 16 случаях мнения исследователей разошлись и только применение ЧП записи позволило диагностировать: в 12 - ЖТ (из них у 2-х ЖТ имела ретроградное проведение 1:1 и у 1 - наблюдалась ретроградная ВА блокада II степени типа 1); у 2-х - предсердная тахикардия с блокадами ножек п. Гиса; у 1 - АВ ортодромная реципрокная тахикардия и у 1 - трепетание предсердий с проведением 2:1 с блокадой левой ножки п. Гиса.

Заключение. Использование ЧП ЭКГ для дифференциальной диагностики тахикардий с широкими комплексами QRS у больных со стабильной гемодинамикой позволяет более точно дифференцировать вид нарушения ритма по сравнению с использованием данных только поверхностной ЭКГ. Работа по дифференцированию тахикардий с широкими комплексами QRS продолжается.

СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ В КРОВИ БОЛЬНЫХ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ С УМЕРЕННЫМИ КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Тринитатский И.Ю., Васильева О.Н.
ГУЗ Ростовская областная клиническая больница, г. Ростов-на-Дону

В настоящее время известно, что более 100 видов патологических процессов протекают на фоне повышенной генерации активных форм кислорода и азота, которые способствуют нарушению свободнорадикального гомеостаза, приводя к изменениям в тканях и органах. Вместе с тем, механизмы патофизиологического действия активированных кислородных метаболитов при конкретных патологических процессах окончательно не выяснены.

С целью изучения особенностей развития оксидативного стресса в крови больных дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) и его влияния на стабильность и структурное состояние мембран эритроцитов обследовано 40 больных ДЭ в возрасте от 48 до 69 лет.

В результате исследования установлено, что в плазме крови больных ДЭ происходит усиление свободнорадикальных процессов, о чем свидетельствует интенсификация процессов генерации активных форм кислорода, определяемое по регистрации интенсивности хемилюминесценции плазмы крови. Выявляется повышение большинства параметров H_2O_2-люминол-индуцированной хемилюминесценции по сравнению с контрольными значениями.

Интенсивность перекисного окисления липидов оценивали по накоплению в плазме крови его молекулярных продуктов: первичных, промежуточных и конечных. В наибольшей степени изменилось содержание первичных продуктов пероксидации липидов - диеновых конъюгатов (+63% по сравнению с контрольными значениями). Увеличение содержания малонового диальдегида в плазме крови и эритроцитах составило 33% и 25%, соответственно. Концентрация конечного продукта - шиффовых оснований - именилась в наименьшей степени (+22%). Увеличение концентрации промежуточных и конечных молекулярных продуктов пероксидации липидов в крови больных ДЭ свидетельствует об усилении генерации активных форм кислорода.

ДИАГНОСТИКА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА НА СТАДИИ КЛИНИЧЕСКИ ИЗОЛИРОВАННОГО СИНДРОМА - ОСНОВА УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Тринитатский Ю.В., Сычева Т.В., Волкова М.Г.
ГОУ ИПК ФМБА РФ «ГУЗ «Ростовская областная клиническая больница», г. Ростов-на-Дону, Городская больница №2, Краснодар, Россия.

Исследование клинически изолированного синдрома (КИС), первого эпизода демиелинизации, в рамках изучения патогенеза, диагностики и лечения демиелинизирующих заболеваний ЦНС является одной из самых актуальных проблем неврологии. Учитывая действие препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза (ПИТРС), преимущественно на иммуновоспалительный компонент процесса заболевания, возникает необходимость как можно раньше выявить начало заболевания, чтобы уменьшить вероятность дальнейшего прогрессирования рассеянного склероза.

Описаны различные варианты клинически изолированных синдромов: парестезии конечностей, корешковые и лицевые боли, синдром Лермитта, оптический неврит, нарушения глазодвижения (межъядерная офтальмоплегия, поражение отдельных глазодвигательных нервов), различные формы двигательных нарушений (моно-, пара-, геми-, тетра- парезы, «синдром неловкой руки»), мозжечковые расстройства.

С января 2010 года в Ростовской областной клинической больнице нами было обследовано 12 пациентов с различными вариантами клинически изолированных синдромов. Среди больных 7 женщин и 5 мужчин в возрасте от 20 до 53 лет. КИС с глазодвигательными нарушениями зафиксирован у 3 больных. В двух случаях он проявлялся синдромом межъядерной офтальмоплегии, в одном - парезом отводящего нерва. КИС в виде оптического неврита отмечался у двух пациентов. В остальных случаях проявлениями КИС были: поражение тройничного нерва, синдромом «неловкой» руки. У трех больных отмечалось множественное поражение ЦНС, проявляющееся двигательными, чувствительными и атактическими нарушениями. Пациенты, как правило, достаточно быстро обращались за медицинской помощью (от 1 недели до 4 месяцев). В большинстве случаев было заподозрено демиелинизирующее заболевание ЦНС, лишь в одном случае пациентка была госпитализирована в отделение нарушений мозгового кровообращения с диагнозом инсульт.

Всем больным была выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга, при которой в 11 из 12 случаев были выявлении признаки демиелинизирующего поражения ЦНС. Не установлено соответствия между выраженностью клинической симптоматики и данными нейровизуализации головного мозга.

Все пациенты получили лечение в виде пульс-терапии метилпреднизолоном в дозе 3-5 грамм либо неспецифическое нейрометаболическое лечение с положительным эффектом. После проведенного лечения 8 пациентов стали получать ПИТРС.

Таким образом, ранняя диагностика рассеянного склероза на стадии клинического изолированного синдрома, позволяет максимально рано начать лечение заболевания, чтобы подавить иммуновоспалительный процесс и предотвратить быстрое прогрессирование демиелинизирующего процесса.

ОПТИЧЕСКАЯ КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ КЛИНИЧЕСКИ ИЗОЛИРОВАННОГО СИНДРОМА ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Тринитатский Ю.В., Сычева Т.В., Борзилова Ю.А.
ГОУ ИПК ФМБА РФ «ГУЗ «Ростовская областная клиническая больница», Городская больница им. Н.А. Семашко, г. Ростов-на-Дону, Россия

Комплексное обследование пациентов с клинически изолированными синдромами демиелинизирующих заболеваний центральной нервной системы, как первого клинического эпизода демиелинизации, необходимо для ранней диагностики и определения тактики лечения. Клинически изолированные синдромы подразделяются на моно- и полисимптомные. Одним из наиболее частых клинически изолированных синдромов является оптический неврит. Его следствием является развитие атрофии зрительного нерва с необратимым снижением остроты зрения у лиц молодого, трудоспособного возраста, что указывает на высокую социальную значимость вопроса.

Оптическая когерентная томография - современный диагностический метод, внедренный в клиническую практику в 1997 году. Метод основан на комплексном анализе отражения низкокогерентного излучения исследуемой тканью. Исследование позволяет определить диаметр диска зрительного нерва, его глубину, площадь, объём. Анализ получаемых данных предоставляет полную качественную и количественную информацию о состоянии диска зрительного нерва и слоя нервных волокон сетчатки.

На базе Ростовской областной клинической больницы и Городской больницы имени Н.А.Семашко 11 пациентам с клинически изолированными синдромами демиелинизирующего заболевания центральной нервной системы была выполнена оптическая когерентная томография обоих глаз с акцентом на зону дисков зрительных нервов. У восьми пациентов выявлено отклонение от нормы: два случая в виде признаков ретробульбарного неврита (клинически - синдром оптического миелита) и в шести случаях в виде уменьшения толщины нервных волокон зрительного нерва, причем в одном случае (клинически - оптический миелит, офтальмоскопически - неврит зрительных нервов), отмечалось утоньшение нервных волокон лишь верхненосового квадранта с одной стороны. Интересно, что изменений картины магнитно-резонансной томографии головного мозга у данной пациентки выявлено не было. У трех больных изменений при выполнении оптической когерентной томографии не выявлено, клинически изолированные синдромы демиелинизирующего заболевания проявлялись у них в виде гемипарестезии, синдрома «неловкой руки», а также сочетания онемения и слабости в руках.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о необходимости использования оптической когерентной томографии в ранней диагностике рассеянного склероза, особенно на стадии клинически изолированного синдрома. Оптическая когерентная томография позволяет выявлять первые признаки атрофии зрительных нервов на самых ранних этапах, что создает необходимые предпосылки для успешного лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ ТКАНЕВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ В ВЫЯВЛЕНИИ НАЧАЛЬНЫХ ПРИЗНАКОВ ДИСФУНКЦИИ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Тютин А.Р., Никифоров В.С.

ГОУ ВПО Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: изучить возможность применения тканевой допплерографии (ТД) для выявления начальных признаков дисфункции правых отделов сердца у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы исследования: Обследовано 47 больных в возрасте 49-62 лет с ГБ и контрольная группа из 22 здоровых сопоставимых по возрасту и полу лиц. Пациенты были разделены на 2 группы: 25 больных ГБ без симптомов хронической сердечной недостаточности (ХСН) составили 1-ю группу; во 2-ю группу были включены 22 больных ГБ с симптомами ХСН; группу контроля составили 22 здоровых лица, сопоставимых с больными ГБ по возрасту и полу. Наряду с рутинным обследованием кардиологического больного и традиционной эхокардиографией выполнялась ТД. Исследовались скорости движения продольных волокон миокарда правого желудочка (ПЖ) и правого предсердия (ПП). Результаты представлены в виде (Me НК; ВК), где Me - медиана, НК - нижний квартиль, ВК - верхний квартиль).

Результаты: По данным традиционной эхокардиографии значимых различий среди групп не выявлено. Показатели ТД боковой стенки ПЖ в первой группе составили: пиковая систолическая скорость движения продольных волокон миокарда - Sm 11,61 (11,21; 12,04) см/с; пиковая скорость раннедиастолического движения продольных волокон миокарда - Em 8,94 (8,81; 9,12) см/с; позднедиастолическая скорость - Ат 10,95 (10,75; 11,15) см/с. Показатели ТД миокарда ПП - Em 6,40 (5,80; 7,00) см/с; Ат 7,83 (7,65; 7,93) см/с. По сравнению с показателями ТД контрольной группы в первой группе выявлено достоверное различие ($p<0,05$) по показателю пиковой скорости раннедиастолического движения волокон миокарда ПЖ и позднедиастолического движения продольных волокон миокарда ПП. Оба показателя были значимо выше в контрольной группе. Показатели ТД боковой стенки ПЖ во второй группе составили Sm 11,43 (11,13; 11,94) см/с; Em - 7,40 (6,69; 8,01) см/с; Апг1 - 10,31 (10,04; 10,62) см/с. Показатели ТД ПП - Em - 6,21 (5,65; 6,81) см/с; Ап1 - 6,91 (6,23; 7,26) см/с. По сравнению с показателями ТД контрольной группы во второй группе выявлено достоверное различие ($p<0,05$) по показателям диастолических скоростей движения продольных волокон миокарда как ПЖ так и ПП. Оба показателя были значимо выше в контрольной группе.

Выводы: В результате исследования установлено, что ТД является чувствительным методом выявления скрытой дисфункции правых камер сердца у больных ГБ даже в тех случаях, когда еще нет начальных признаков ХСН и отсутствуют признаки дисфункции и ремоделирования ЛЖ по данным традиционной эхокардиографии.

СРЕДНЯЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРЕБЫВАНИЯ В СТАЦИОНАРЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ И ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Уринов О.У., Мамутов Р.Ш., Бекбулатова И.Р., Абидова Д.Э.
Республиканский специализированный центр кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить среднюю длительность пребывания в стационаре больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) и острым коронарным синдромом (ОКС) в одном из районов г. Ташкента.

Материал и методы: Базой для настоящего исследования послужили данные когортного исследования «Регистр острого инфаркта миокарда и острого коронарного синдрома в одном из районов г.Ташкента». ОКС и ОИМ изучались среди постоянного населения одного из районов г. Ташкента, средний возраст включенных в исследование пациентов с начала июля 2009 г составил 58,5±8,8 года (от 20 до 69 лет), в том числе мужчин - 56,8±9,6 года, женщин - 61,6±5,8 года

Результаты: зарегистрировано 216 больных с ОИМ/ОКС, поступивших в стационар в течение 9 месяцев. Среди них ОИМ выявлен у 75 пациентов (34,7%) 59,1±8,1 лет, из них мужчин - 52 (69,4%) 57,3±8,9 лет, женщин - 23 (30,6%) 62,8±3,9 лет; ОКС диагностирован у 141 пациента (65,3%) 58,4±9,15 лет; из них мужчин - 86 (61,0 %) 56,5±10,7 лет, женщин - 55 (39,0%) 61,6±5,8 лет.

Средняя длительность пребывания (СДП) в стационаре: в целом по всем больным составила 7,4±3,7 койко /дня (к/д), для мужчин 7,2±3,4 к/д; для женщин 7,7±3,6 к/д. СДП в стационаре больных с ОИМ составила -9,5±3,5 к/д, больных с ОКС - 6,3±2,7 к/д. 10 (13,3%) пациентов с ОИМ в возрасте 58,2±10,4 лет и 61 (43,3%) пациент с ОКС, трансформированным в стенокардию напряжения, в возрасте 56,8±10,1 лет выписались в сроки менее 6 суток. 36 (48%) пациентов с ОИМ в возрасте 58,5±6,6 лет и 76 (53,9%) с ОКС, трансформированным в стенокардию напряжения, в возрасте 59,5±7,8 выписались в сроки менее 11 суток. 27 (36%) больных с ОИМ в возрасте 59,8±9,3 лет и 4 (2,8%) с ОКС, трансформированным в стенокардию напряжения, в возрасте 55,5±13,4 лет были выписаны в сроки менее 16 суток. Только 2 (2,7%) пациента с ОИМ в возрасте 62,5±7,8 лет выписаны в сроки менее 21 суток.

Выводы: частота встречаемости ОИМ у мужчин была в 2,3, ОКС в 1,5 раза выше, чем у женщин, причем у женщин данная патология развивается в среднем на 5 лет позже. В целом СДП в стационаре больных с ОИМ составила в 1,5 раза выше к/д, чем больных с ОКС. Характерно, что сроки нахождения в стационаре в женской подгруппе превышают таковые показатели у мужчин. Увеличение СДП больных с ОИМ до 3 недель характерно для пациентов более высокой возрастной группы.

ВОЗМОЖНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕЧЕВОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МИКРОТОКОВОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Уханова Т.А., Горбунов Ф.Е., Левин А.В., Гришина И.Г., Дементьева Е.В.
ЗАО Самарский Терапевтический Комплекс «Реацентр», г. Самара, Россия,
ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Росздрава», г. Москва, Россия

Применение иглорефлексотерапии у детей ограничено в связи с выраженными невротическими реакциями. Альтернативой иглорефлексотерапии является микротоковая рефлексотерапия. Применение данного метода позволяет избежать инвазивного и психотравмирующего болевого фактора. Кроме того, оказываемое воздействие на зоны краниотерапии током микроамперного диапазона приводит к регуляции локального кровотока, в сочетании со стимулированием обменных процессов, что способствует улучшению микроциркуляции в зонах и областях коры пострадавших от гипоксии, и приводит к восстановлению функциональной активности моторных, речевых и когнитивных зон головного мозга, способствует их дальнейшей дифференцировке, с соответствующим ускорением нейрофизиологического развития и восстановлением не только моторных, но и речевых функций.

Целью данного исследования явилась оценка эффективности восстановления речевых функций у пациентов с детским церебральным параличом, при применении микротоковой рефлексотерапии.

Для оценки улучшения психоречевых функций у данной группы пациентов был проведен курс реабилитационного лечения 140 детям в амбулаторных условиях в детском неврологическом отделении Самарского Терапевтического Комплекса «Реацентр». Возраст пациентов составил от 2 до 7 лет. Все пациенты были разделены на 2 рандомизированные группы. 1 группу составили 84 ребенка, которым проводилась микротоковая рефлексотерапия. Во 2 (контрольную) группу вошли 56 детей, которые получали традиционное лечение препаратами «Когитум» или «Пантогам». Пациентам 1 группы - микротоковая рефлексотерапия проводилась с применением прибора для микротоковой рефлексотерапии «МЭКС» (регистрационное удостоверение № ФСР 2008/02226), курсами по 15 сеансов. Пациентам было проведено обследование: МРТ

головного мозга, ЭЭГ, осмотр глазного дна. Все пациенты перед началом курса лечения были осмотрены логопедом для установления степени недоразвития речи по методике Левиной Р.Е., Филичевой Т.Б., определения формы дизартрии и степени ее выраженности по методике Горшеневой С.В.

В результате проведенного лечения у пациентов 1 группы в 1,8 раза отмечалось уменьшение выраженности гиперсаливации и снижение мышечного тонуса артикуляционного аппарата, улучшение понимания обращенной речи, расширение словарного запаса и развитие навыка построения предложений, а так же постановка, автоматизация и дифференциация звуков в сравнении с контрольной группой.

Таким образом, применение микротоковой рефлексотерапии позволяет повысить эффективность восстановления речевой функции у пациентов с детским церебральным параличом.

МИКРОТОКОВАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В СОЧЕТАНИИ С НЕЙРОТРОПНЫМ ПРЕПАРАТОМ «КОРТЕКСИН» В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИПЛЕГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Уханова Т.А., Горбунов Ф.Е., Левин А.В., Гришина И.Г., Дементьева Е.В.

ЗАО Самарский Терапевтический Комплекс «Реацентр», г. Самара, Россия,

ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Росздрава», г. Москва, Россия.

Одним из приоритетных направлений восстановительной медицины является разработка программ сочетанного использования фармакотерапии с рефлекторными методами, для оказания комплексного воздействия на звенья патогенеза детского церебрального паралича, с последующей стабилизацией рефлекторной деятельности, мышечного тонуса, а так же восстановлением нейрофизиологического развития ребенка.

Целью данного исследования явилась оценка эффективности комплексного лечения диплегической формы детского церебрального паралича, с применением микротоковой рефлексотерапии в сочетании с нейротропным препаратом «Кортексин».

Микротоковая рефлексотерапия в сочетании с препаратом «Кортексин» применялась у 56 пациентов с детским церебральным параличом со спастической диплегией. Контрольную группу составили 56 больных с тем же диагнозом, у которых использовалась обычная медикаментозная терапия. Лечение проводилось в амбулаторных условиях детского неврологического отделения Самарского Терапевтического Комплекса «Реацентр». Возраст пациентов составил от 2 до 6 лет (средний возраст - 3,0±0,7 года). Диагноз детского церебрального паралича, спастическая диплегия был установлен ранее в условиях стационара. Всем пациентам было проведено обследование: электромиография, МРТ головного мозга, ЭЭГ, осмотр глазного дна. Микротоковая рефлексотерапия осуществлялась с применением прибора «МЭКС» (регистрационное удостоверение № ФСР 2008/02226), курсами по 15 сеансов, ежедневно. Пациентам было проведено по 2 курса восстановительного лечения. При этом воздействие оказывалось на периферический нервно-мышечный аппарат пациента через внемеридианные биологически активные точки (БАТ) над мышцами-антагонистами и на центральное звено патогенеза - через зоны проекций коры головного мозга на скальп. Препарат «Кортексин» пациенты получали после окончания курса микротоковой рефлексотерапии, внутримышечно, в возрастной дозировке.

В результате проведенного лечения у пациентов было выявлено снижение мышечного тонуса, уменьшение выраженности патологических установок нижних конечностей, а так же повышение двигательной активности в бытовых условиях и при проведении занятий ЛФК. Регресс неврологических симптомов с положительной динамикой нейрофизиологических показателей отмечался у 18 пациентов (32%) в 1 группе и у 42 пациентов (75%) во 2 группе.

Таким образом, комплексное лечение с применением микротоковой рефлексотерапии в сочетании с препаратом «Кортексин» позволяет повысить эффективность реабилитационного лечения у пациентов с детским церебральным параличом со спастической диплегией.

ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ АСПЕКТ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

Филиппова О.А., Куимов А.Д., Обердерфер Р.И.

ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава, МБУЗ Городская клиническая больница № 1, Новосибирск.

Цель исследования - оценить эффективность обучения в Школе для пациентов, перенесших ИМ, при проведении комплексной реабилитации (КР) на стационарном этапе.

Материалы и методы. Обследовано 149 больных с диагнозом ИБС, острый Q-позитивный ИМ. Средний возраст 59,7±0,44 лет. 82 пациента составили 1 группу - прошедших обучение в Школе для пациентов, перенесших ИМ, 67 пациентов составили 2 группу - группу сравнения. Исходно группы не различались по основным клинико-демографическим критериям. Пациенты 1 группы прошли обучение в Школе для больных ИМ (структурированная программа, состоящая из 5 последовательных занятий по 45 мин, включающая мультимедийную презентацию, «памятки» по теме каждого занятия). Исходно, сразу после обучения (1 группа), через 6 и 12 мес., оценивался уровень знаний пациентов (баллы), а также практическое их применение - пациенты самостоятельно заполняли специально разработанный тест-опросник, динамика модифицируемых факторов риска (ФР). Статистический анализ полученных данных проводили с помощью пакета программ "Statistica 6.0".

Результаты. Исходно подгруппы не различались по уровню знаний и их практического применения. В 1 группе сразу после окончания занятий отмечается увеличение как общего уровня знаний (с 26,58±2,81 до 37,29±3,29 баллов, на 41%; $p<0,05$), так и уровня знаний по отдельным показателям. Через 12 мес. общий уровень знаний и уровень по отдельным показателям в 1 группе достоверно выше в сравнении с исходным и уровнем знаний в группе сравнения ($p<0,05$). Во 2 группе достоверной динамики не выявлено. При оценке практического применения знаний через 12 мес. в 1 группе выявлено значительное увеличение числа пациентов, регулярно измеряющих АД, соблюдающих гипохолестериновую диету, а также уменьшение числа пациентов, ведущих малоподвижный образ жизни. Достоверного изменения числа больных, придерживающихся принципов здорового питания, не выявлено. В 1 группе отмечена тенденция к снижению массы тела (с 27,5±0,6 до 26,0±0,2 кг/м^2; $p<0,05$), положительная динамика статуса курения - отказались от курения 12%.. Исходно группы не различались по показателям липидного спектра. Через 6 и 12 мес. в 1 группе принимали статины 91% и 86%, во 2 группе - 46% и 44% соответственно ($p<0,05$). В 1 группе отмечено достоверное снижение уровня общего холестерина и коэффициента атерогенности, увеличение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности. Во 2 группе достоверной динамики не выявлено ($p>0,05$).

Заключение. Таким образом, обучение на стационарном этапе реабилитации в Школе для пациентов, перенесших ИМ, повышает уровень знаний о заболевании, факторах риска, здоровом образе жизни, что способствует улучшению приверженности к лечению и вторичной профилактике, модификации кардиоваскулярных факторов риска.

МЕТОД РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПЕРЕСТРОЙКА ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА В ОТДАЛЕННОМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, УЧАСТВУЮЩИХ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Филиппова О.А., Куимов А.Д., Барбарич В.Б, Обердерфер Р.И.

ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава, МБУЗ Городская клиническая больница № 1, Новосибирск.

Цель исследования - изучить динамику структуры и функции левых отделов сердца по данным эхокардиографического исследования у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), участвующих в комплексной реабилитации, в зависимости от метода реперфузионной терапии в остром периоде.

Материал и методы. Обследовано 110 больных с диагнозом ИБС, острый передний Q-позитивный ИМ после проведения тромболизиса, средний возраст -59,5±0,43 лет. 1 группу составили 60 пациентов, которым проведено отсроченное чрезкожное коронарное вмешательство (ЧКВ), 50 пациентов, составили 2 группу - группу сравнения. Всем больным на 18-21 сутки ИМ и через 12 мес проводили эхокардиографию. Определяли КДО и КСО, ударный объем (УО), ФВ ЛЖ методом «дисков» по Simpson; передне-задний размер левого предсердия (ЛП); диастолическую функцию (ДФ) ЛЖ. Статистический анализ полученных данных проводили с помощью пакета программ "Statistica 6.0".

Результаты. Исходно 1 и 2 группе все структурно-функциональные показатели не имели различий ($p<0,05$). В обеих группах через 12 мес. выявлено достоверное увеличение ФВ ЛЖ (с 59,01±6,59 до 63,98±5,94 в 1 группе и с 58,01±6,65 до 63,08±6,34 во 2 группе; $p<0,05$), более выраженное в 1 группе ($p>0,05$). В обеих группах не выявлено значимых изменений передне-заднего размера ЛП. В 1 группе отмечено достоверное уменьшение КДО с 126,98±11,62 до 116,84±11,18 ($p<0,05$), в то время как во 2 группе уменьшение не значимо. При межгрупповом сравнении КДО в 1 группе незначительно меньше, чем во 2 группе ($p>0,05$). При анализе динамики КСО выявлено его уменьшение в обеих группах (с 52,46±10,30 до 41,45±11,29 и с 53,55±10,16 до 43,18±10,96; $p<0,05$), более выраженное в 1 группе ($p<0,05$). Положительная динамика величины УО выявлена в обеих группах, однако в 1 группе она более выраженная (с 80,13±12,10 до 88,95±10,04 и с 78,23±12,14 до 84,64±9,98; $p<0,05$) . Через 12 мес в 1 группе отмечено уменьшение числа пациентов с этим типом ДДЛЖ в сравнении с исходным (8% против 34%, $p<0,05$ и 10% против 35%; $p>0,05$). Значительное увеличение числа пациентов с нормальной ДФ ЛЖ зарегистрировано в обеих группах, при этом во 2 группе частота ее выявления была несколько меньше. В 1 группе в сравнении со 2 группой выявлено незначительно большее число пациентов с нормальной ДФЛЖ (58% против 51%; $p>0,05$), меньшее число с псевдонормальным типом ДФЛЖ (8% против 10% соответственно; $p>0,05$). Обе группы через 12 мес не различались по числу больных с гипертрофическим, рестриктивным типом ДФ ЛЖ ($p>0,05$).

Заключение. Таким образом, независимо от тактики реперфузионной терапии в остром периоде ИМ, у пациентов, участвующих в комплексной реабилитации, отмечается улучшение систолической и диастолической функции ЛЖ, причем более выраженная положительная динамика присуща подвергнутым ЧТКВ.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ У МАТЕРЕЙ С ГЕСТОЗОМ

Филькина Е.В., Назаров С.Б.

ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова Росмедтехнологии», г. Иваново, Россия

Перинатальные поражения центральной нервной системы занимают одно из первых мест в структуре заболеваемости раннего неонатального периода. В решение проблемы прогнозирования и ранней диагностики важное значение имеет разработка новых технологий не связанных с инвазивными вмешательствами у новорожденных. В связи с этим целью исследования явилось выявление наиболее информативных маркеров для ранней диагностики гипоксически-ишемических поражений ЦНС у доношенных новорожденных, родившихся у матерей с гестозом, по показателям пуповинной крови.

Обследовано 49 новорожденных, родившихся у матерей с гестозом, из них 36 новорожденных с перинатальными поражениями ЦНС в форме церебральной ишемией I - II ст. и 13 здоровых новорожденных. В пуповинной крови определяли концентрацию атриального натрийуретического пептида (pro-ANP) набором фирмы «BIOMEDICA» (Австрия), иммуноферментным методом. Выявлено увеличение концентрации атриального натрийуретического пептида в пуповинной крови у новорожденных с гипоксически-ишемическим поражением ЦНС в 2,9 раза, по сравнению со здоровыми новорожденными ($p<0,05$). Проведенное исследование позволило разработать критерий ранней диагностики гипоксически-ишемических поражений ЦНС у доношенных новорожденных от матерей с гестозом. Критическим значением является содержание атриального натрийуретического пептида в пуповинной крови равное или более 0,15 нмоль/мл. На основании полученных данных предложен способ ранней диагностики гипоксически-ишемического поражения ЦНС у новорожденных от матерей с гестозом (приоритетная справка № 2009142469 от 19.11.2009 г.).

Предложенный способ позволяет провести раннюю диагностику гипоксически-ишемических поражений ЦНС с точностью 80%. При гестозе этот белок попадает через плацентарный барьер от матери в организм плода и оказывает свое влияние на микроциркуляцию. Повышение концентрации атриального натрийуретического пептида приводит к повышению проницаемости сосудов мозга, перераспределению жидкости, отекам и повышению внутричерепного давления у новорожденного. Эти изменения могут способствовать развитию перинатального поражения ЦНС у доношенных новорожденных в раннем неонатальном периоде.

НАРУШЕНИЕ РЕГУЛЯЦИИ ГУМОРАЛЬНЫХ ИММУННЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Фролова М.В., Кудряшова А.В., Сотникова Н.Ю., Панова И.А.

ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н.Городкова, Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи», Иваново, Россия.

Синдром задержки роста плода (СЗРП) является актуальной проблемой современного акушерства и перинатологии, однако до сих пор остаются мало изученными патогенетические механизмы данной патологии. В настоящее время считается, что, начиная с момента имплантации важнейшую роль в развитии фето-плацентарного комплекса и в подержании его нормального функционирования играют реакции иммунной системы, обусловленные активацией Т-хелперов 2 типа (Th2). Эффекторные клетки этой популяции, продуцируют цитокины (IL-4 и IL-6), регулирующие дифференцировку и активацию В-клеток. Кроме того, В-лимфоциты, синтезируя аналогичные цитокины, способны к ауторегуляции своих функций. В связи с этим несомненный интерес представляет исследование особенностей содержания IL-4- и IL-6-продуцирующих клеток в популяциях Т-хелперов и В-лимфоцитов, а также параметров дифференцировки и функциональной активности В-клеток в динамике беременности осложнившейся СЗРП.

Проводили иммунологическое обследование беременных женщин в 5-12 и в 32-36 недель гестации. Все обследованные женщины при ретроспективном анализе были разделены на 2 группы: без СЗРП (25 в 1 триместре, 45 в 3 триместре); с СЗРП (12 в 1 триместре, 38 в 3 триместре). В периферической крови методом проточной цитофлюориметрии определяли: общее содержание В-клеток (CD20+), В-1 (CD20+CD5+) и В-2 (CD20+CD5-) лимфоцитов, уровень клеток, продуцирующих IL-4 и IL-6 в популяциях В-лимфоцитов (CD20+IL-4+, CD20+IL-6+) и Т-хелперов (CD4+IL-4+, CD4+IL-6+). Методом радиальной иммунодиффузии в сыворотке крови определяли уровень иммуноглобулинов G, A, M. Было установлено, что в ранние сроки беременности в группе женщин с развившимся СЗРП достоверно снижалось содержание IL-4+ Th2 и отмечалась тенденция к повышению уровня CD4+IL-4+ лимфоцитов по сравнению с показателями в группе без СЗРП. Достоверных различий в содержании общей популяции В-лимфоцитов, В2-клеток, CD20+IL-4+ и CD20+IL-6+ клеток в 1 триместре беременности в сравниваемых группах не наблюдалось. Однако в группе с СЗРП в ранние сроки гестации повышалось содержание В1-клеток и сывороточный уровень IgG и IgM. В 3 триместре беременности различия в относительном содержании IL-4+ и IL-6+ Т-хелперов в сравниваемых группах нивелировались, но при развившемся СЗРП проявлялась выраженная тенденция к росту пулов CD20+IL-4+ и CD20+IL-6+ В-лимфоцитов. При этом в конце гестации при СЗРП возрастали общее содержание В-лимфоцитов и сывороточный уровень IgM, но отсутствовали достоверные различия в содержании В-1 и В-2 лимфоцитов, и в сывороточном уровне IgG и IgA по сравнению с показателями женщин без СЗРП. Таким образом, на протяжении всего процесса гестации при формировании СЗРП отмечаются нарушения показателей гуморального звена иммунитета, сочетающиеся с нарушением продукции IL-4 и IL-6 Th2 клетками и В-лимфоцитами.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АД И ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Хамидуллаева Г.А.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучение нарушений суточного профиля АД (СПАД) и его взаимосвязи с вазорегуляторной дисфункцией эндотелия (ДЭ) у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ).

Материал и методы исследования. В исследование включены 92 больных ЭГ, со степенью АГ I-III (ЕОК/ЕОГ 2007, ВНОК 2008), мужчины в среднем возрасте 49,11±8,85 лет. Оценка ДЭ и СПАД проводилась до назначения антигипертензивной терапии больным. Функцию эндотелия оценивали на ультразвуковом аппарате «SONOLINE VERSA PRO» (SIEMENS, Германия) линейным датчиком 7 МГц по методу Celermajer. Оценивали эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) по приросту диаметра (AD%) ПА. Суточный профиль артериального давления (СПАД) оценивали с помощью компьютерной системы TONOPORT V CE-0482 Firmware Version 1.4 (Германия). Статистическая обработка полученных результатов проводилась по стандартным программам из пакета «Excel - 5/95» и «Biostatistics» для Windows (версия 4.03).

Результаты. Среди 92 обследованных пациентов АГ I степени имела место у 29 больных (31.5%), II степени - у 46 (50%), III степени - у 17 (18,5%). Нарушение ЭЗВД (AD<10%) выявлено у 74 больных (80,4%), из них парадоксальная вазоконстрикция (AD%<0) отмечалась у 28 больных (37,8%). У 18 больных (19,6%) выявлен нормальный прирост диаметра плечевой артерии (AD>10%). Суточный ритм АД оценивался по амплитуде АД на основе показателя Степени Ночного Снижения (СНС) АД. По СНС АД больные

распределились следующим образом: группу «дипперы» с оптимальной СНС составили 34 пациента (36,94%), с недостаточной СНС - «нон-дипперы» - 45 (48,94%), группу с устойчивым повышением ночного АД «найт пиккеры» - 10 (10,86%) и с повышенной СНС «овер-дипперы» - 3 (3,26%) пациента. При этом, у всех «найт-пиккеров» и «овер-дипперов» (100%) отмечалось нарушение ЭЗВД, выражающееся в снижении прироста диаметра ПА менее 10%. Анализ показателей СМАД выявил, что у больных с нарушенной ЭЗВД отмечалась достоверно повышенная вариабельность дневного ДАД и ночного САД в сравнении с больными без нарушений ЭЗВД, у которых значения вариабельности АД были ниже критических. Корреляционный анализ показал умеренную обратную зависимость между среднесуточным, среднедневным и ночным САД и нарушением ЭЗВД по приросту диаметра плечевой артерии ($r=-0.33$ при $p=0.004$; $r=-0.34$ при $p=0.003$; $r=-0.29$ при $p=0.000$, соответственно).

Заключение. Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что у более 80% больных ЭГ имеет место дисфункция эндотелия, оцениваемая по нарушению ЭЗВД неинвазивной ультразвуковой методикой. При изучении взаимосвязей нарушений ЭЗВД с показателями СПАД, выявлены достоверно повышенные значения вариабельности АД, среднесуточных, среднедневных и ночных значений САД, отражающие в целом нарушение суточного профиля АД.

ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИАЦИЙ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Хамидуллаева Г.А., Елисеева М.Р., Курбанова Д.Р., Абдуллаева Г.Ж.
Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучение ассоциаций генов - компонентов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (ACE, AGT, AT1R, AT2R, CYP11B2) с эссенциальной гипертонией у лиц узбекской национальности.

Материал и методы исследования. В исследование включены 174 этнических узбеков, мужчин в среднем возрасте 46,85±9,57 лет с нелеченной ЭГ с степенью АГ (ЕОК/ЕОГ 2007, ВНОК 2008), 60 лиц узбекской национальности с нормальным уровнем АД в среднем возрасте 40,8±10,3 лет составили группу контроля. Геномную ДНК экстрагировали из периферической крови с использованием наборов Diatom™ DNA Prep 200 Kit, согласно протоколу исследования производителей. Полимеразно-цепная реакция с рестрикцией длины фрагментов на основании полиморфизмов генов, а также визуализация полученных результатов проводилась согласно ранее описанным методикам определения инсерционо-делеционного I/D полиморфизма гена ангиотензинпревращающего фермента (ACE), M235T полиморфизма гена ангиотензиногена (AGT), C344T полиморфизма гена альдостерон-синтазы (CYP11B2), A1166C полиморфизма гена рецепторов 1 типа ангиотензина II (AT1R), +1675 G/A полиморфизма гена рецепторов 2 типа ангиотензина II (AT2R). Результаты исследований подвергались статистической обработке на основе программы Microsoft Office Excel 2007 Statistica v6.0 (StatSoft, USA).

Результаты исследования. Распределение аллелей и генотипов было в пределах равновесия Харди-Вейнберга. Изучение I/D полиморфного маркера гена ACE у больных ЭГ показало, что количество больных с D-аллелем (53,2%; OR: 2.45 [95% CI: 1.58-3.8]) и ID-генотипом (47.7%; OR: 3.0 [95% CI: 1.54-5.85]) было достоверно больше по сравнению с контрольной группой. По остальным изученным генам выявлено достоверное накопление MT-гетерозиготного состояния M235T полиморфного маркера гена AGT, AA-генотипа и A-аллеля A1166C полиморфного маркера гена AT1R, CT гетерозиготного состояния C344T полиморфного маркера гена CYP11B2 как у больных ЭГ, так и у здоровых лиц узбекской национальности. Распределение +1675 G/A полиморфного маркера Х-сцепленного гена AT2R характеризовалось равномерной распространенностью A- и G-аллелей у больных ЭГ и здоровых.

Заключение. Результаты проведенных исследований показали высокую частоту носительства D-аллеля гена ACE у больных ЭГ достоверно превышающую таковую в группе контроля, что свидетельствует об ассоциации данного генетического полиморфизма с ЭГ.

РОЛЬ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА В ДИАГНОСТИКЕ ПОСТГИПОКСИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Харламова Н.В., Чаша Т.В., Попова И.Г., Горожанина Т.З.

Федеральное государственное учреждение «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова», Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи, г. Иваново, Россия.

Цель исследования: определить уровень мозгового натрийуретического пептида в крови новорожденных с постгипоксическими нарушениями сердечно-сосудистой системы (ПН ССС) и оценить его прогностическое значение в исходе патологии.

Методы исследования: клинические, ЭКГ, ЭХО-КГ, определение в крови новорожденных N - терминального фрагмента мозгового натрийуретического пептида (Nt - proBNP) методом ИФА.

Результаты: обследовано 210 детей в раннем неонатальном периоде. Контрольную группу составили 20 доношенных новорожденных без проявлений ПН ССС. 100 доношенных новорожденных, перенесших хроническую и/или перинатальную гипоксию и имеющих признаки ПН ССС (2 группа), 90 детей с ПН ССС, находящихся в критическом состоянии (3 группа).

У 23,0% новорожденных 2 группы выявлена неонатальная легочная гипертензия и открытые фетальные коммуникации, у 42,0% - транзиторная дисфункция миокарда, у 20,0% - нарушения ритма и проводимости, а у 15,0% - сочетание вышеуказанных вариантов. ПН ССС были выявлены у всех детей 3 группы, причем диагностировались только сочетанные формы патологии: 68,9% новорожденных имели транзиторную дисфункцию миокарда в сочетании с неонатальной легочной гипертензией и открытыми фетальными коммуникациями, у 31,1% - кроме этих нарушений регистрировались нарушения ритма сердца и проводимости.

У новорожденных детей с ПН ССС уровень Nt - proBNP был значительно выше, чем в группе контроля ($p<0,001$) - у большинства детей уровень Nt - proBNP был выше 150фмоль/мл, у новорожденных без ПН ССС - до 150фмоль/мл. В среднем уровень Nt - proBNP у детей 2 группы составил 171,8±16,6 фмоль/мл, у новорожденных 3 группы - 330,9±17,6фмоль/мл. Следовательно, критерием ПН ССС может служить уровень Nt - proBNP равный или выше 150фмоль/мл.

При обследовании детей в катамнезе установлено, что при значении Nt - proBNP у детей в раннем неонатальном периоде выше 185 фмоль/мл симптомы ПН ССС у детей исчезли к году жизни, в то время, как при меньших значениях - сохранялись. Следовательно, умеренное повышение уровня Nt - proBNP (до 185 фмоль/мл) оказывает недостаточное вазодилятирующее и мочегонное действие и в связи с этим происходит замедление восстановительных процессов у ребенка.

Таким образом, повышенный уровень BNP у новорожденных, перенесших хроническую и/или перинатальную гипоксию, свидетельствует о поражении сердечно-сосудистой системы. Полученные результаты могут быть использованы для оценки состояния сердечно-сосудистой системы у новорожденных и при прогнозировании исхода патологии к году жизни.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПОСТГИПОКСИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Харламова Н.В., Чаша Т.В., Кузьменко Г.Н.

Федеральное государственное учреждение «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова», Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи, г. Иваново, Россия.

Цель: изучить функциональное состояние эндотелия у новорожденных с постгипоксическими нарушениями сердечно-сосудистой системы (ПН ССС).

Методы: клинические, ЭКГ, ЭХО-КГ, определение в крови детей на 4-5 сутки жизни нитритов, эндотелина-1 (ЭТ-1), фактора Виллебранда (vWF).

Результаты: проведено клинико-функциональное обследование 210 новорожденных детей, перенесших гипоксию, 1 группа - 20 клинически здоровые новорожденные, 2 - группа - новорожденные (100), имеющие клинико-функциональные признаки ПН ССС, находящиеся в стабильном состоянии, 3 группа - новорожденные (90) с ПН ССС в критическом состоянии.

У новорожденных 2 группы выделены следующие варианты ПН ССС: транзиторная дисфункция миокарда с различной сократительной способностью (42%), неонатальная легочная гипертензия, открытые фетальные коммуникации (ОФК), у части детей сочетающаяся с транзиторной дисфункцией миокарда (23,0%), нарушения

ритма и проводимости, у части детей сочетающиеся с транзиторной дисфункцией миокарда (20,0%) и сочетанный вариант нарушений (15,0%) - сочетание неонатальной легочной гипертензии, транзиторной дисфункции миокарда и нарушений ритма и проводимости. У новорожденных в критическом состоянии выделены 2 типа сочетания нарушений: 68,9% новорожденных имеют сочетание транзиторной дисфункции миокарда, неонатальной легочной гипертензии и ОФК и 31,1% - сочетание транзиторной дисфункции миокарда, неонатальной легочной гипертензии и ОФК с нарушениями сердечного ритма и проводимости.

Биохимическое исследование крови показало, что у клинически здоровых новорожденных среднее содержание нитритов в плазме крови составило 7,5±0,7мкМ/л, среднее содержание ЭТ-1 в плазме крови - 0,58±0,05 фмоль/мл, уровень фактора Виллебранда - 137,07%±13,15%.

У детей с ПН ССС (II и III группы) уровень нитритов был значительно выше - в 2,0 выше, чем в 1 группе - 15,21±0,39мкМ/л и 15,09±0,23 мкМ/л ($p_{ып}<0,001$ и ^{0,001}). У детей с ПН ССС уровень ЭТ-1 также имел достоверно высокие значения: во II группе - 1,06±0,08 фмоль/мл $^^0,05$), в III группе - 1,07±0,06 фмоль/мл (рып<0,01). Показатель фактора Виллебранда также достоверно отличался от показателя vWF в контрольной группе, он соответственно составил 203,56±12,81% и 292,27±15,65 ^{0,01}, $p_{ып}<0,001$, $p_{п-ш}<0,001$). Изменения показателей функционального состояния эндотелия отличались при различных вариантах ПН ССС во 2 и 3 группах и в зависимости от агрессивности терапии у детей 3 группы, оцениваемой по шкале NTISS.

Таким образом, у новорожденных с ПН ССС имеет место эндотелиальная дисфункция, которая подтверждается повышением уровня фактора Виллебранда, как маркера эндотелиальной дисфункции, и сопровождается увеличением концентрации нитритов и эндотелина- 1 в крови.

БИОЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МЫШЦ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ЖЕНЩИН В ПОЗДНИЕ СРОКИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Хитрых Ж.Е., Назаров С.Б., Борзова Н.Ю., Назарова А.О.

ГОУ ВПО « ИвГМА Россдрава»,

ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт им. В. Н. Городкова Росмедтехнологии»,

г. Иваново, Россия.

Цель исследования: оценить биоэлектрическую активность мышц передней брюшной стенки у женщин в поздние сроки беременности.

Материал и методы: обследовано 58 соматически здоровых первородящих женщин в возрасте 18-27 лет со сроком беременности 38-40 недель. Из них 1-ю группу составили 32 женщины со сроком беременности 38-39 недель и, 2-ю группу 26 женщин со сроком 39,5-40 недель. Группу сравнения составили 42 здоровые небеременные женщины в возрасте от 18 до 27 лет.

Исследование биоэлектрической активности мышц передней брюшной стенки выполнялось на компьютерном миографе «Нейро-МВП» (ООО «НейроСофт», г. Иваново). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием вариационного анализа и t-критерия Стьюдента.

Получены нормативные значения показателей биоэлектрической активности мышц передней брюшной стенки у молодых небеременных женщин в покое и при функциональных пробах.

Установлено, что в поздние сроки физиологической беременности происходит снижение значений средней и максимальной амплитуды, средней частоты мощности в положении стоя и при функциональных пробах во всех отведениях. ($p<0,05$).

В динамике 38-40 недель беременности наблюдается увеличение показателей биоэлектрической активности мышц передней брюшной стенки ($p<0,05$).

Полученные результаты показывают, что в поздние сроки беременности происходит снижение биоэлектрической активности мышц передней брюшной стенки, которое возможно, препятствует наступлению родов. В динамике беременности определяемые параметры увеличиваются, что может быть связано с опусканием предлежащей части плода в малый таз. Электромиографическое исследование состояния мышц передней брюшной стенки может использоваться как дополнительный неинвазивный метод оценки готовности организма к родам.

СОЧЕТАННАЯ ОЦЕНКА ИММУНОГРАММЫ, ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА И ДОППЛЕРОМЕТРИИ У БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЗОЙ НЕВЫНАШИВАНИЯ

Цигулева О.А., Антонович Н.И.*

Алтайский государственный медицинский университет,
**Алтайская краевая клиническая больница, г. Барнаул, Россия*

Введение. Ранней диагностике осложнений беременности способствует своевременное допплеровское исследование (23-24 недели) маточно-плацентарного кровотока и кровотока плода. Увеличение резистентности маточной артерии, характеризующееся снижением скорости кровотока, увеличением пульсового индекса, появлением ранней диастолической выемки (РДВ). Все это расценивается акушерами, как показатели риска гестоза, синдрома задержки развития плода (СЗРП) или хронической фетоплацентарной недостаточности (ХФПН).

Целью нашей работы было определение совокупности изменений у беременной гемостазиологических и иммунных показателей, которые приводят к нарушениям маточно-плацентарного кровотока, а, вследствие этого, к гестозу, СЗРП или ХФПН. Также мы пытались определить взаимосвязь между нарушениями иммунной системы и системы гемостаза с изменениями, фиксируемыми при допплерометрии.

Материалы и методы. Нами обследовано 32 пациентки (1 группа), у которых при сроке беременности 23¬ 24 недели и измененной допплерометрии, установлен гестоз. Вторая группа - 31 пациентка на тех же сроках беременности с СЗРП. 29 пациенток (3 группа), обследованных на том же сроке гестации и сходных изменениях при допплерометрии, где выявлена ХФПН. Всем беременным (82 пациентки) проведено обследование системы гемостаза: определено активированное парциальное тромбопластиновое время, фибриноген и продукты деградации фибриногена, антитромбин-III, адгезия и агрегация тромбоцитов. Также исследована иммунная система: CD3, CD4, CD8, ИРИ (CD4/CD8), CD16, HLA-Dr+ клетки, которые определялись методом непрямой иммунофлюоресценции, с использованием моноклональных антител. Сывороточные иммуноглобулины (IgG, IgA, IgM) оценивались в ИФА-тесте. Безусловно, всем пациенткам проведена допплерометрия маточно-плацентарных артерий и артерий плода. Оценены систоло-диастолическое соотношение, пульсовой индекс и наличие (выраженность) РДВ.

Результаты и обсуждение. У 32 пациенток (1 группа) найдены признаки гиперфибриногенемии, увеличения адгезии и агрегации тромбоцитов. По данным имммунограммы у них наблюдался рост аутоиммунных реакций: увеличение CD3, ИРИ, CD16, HLA-Dr+клеток, а также одного или двух сывороточных иммуноглобулинов. По данным допплерометрии обнаружено снижение маточно-плацентарного кровотока и кровотока плода, подтвержденное наличием РДВ. Поставлен диагноз: СЗРП.

У 31 пациентки (2 группа) найдены признаки дисфибриногенемии, гипокоагуляции, дезагрегации тромбоцитов. В иммунограмме определялась выраженная иммуносупрессия со снижением: CD3, ИРИ, HLA-Dr+ клеток, падением сывороточных иммуноглобулинов. Изменения при допплерометрии с наличием РДВ, а также появление одного или двух клинических синдромов позволили поставить диагноз - гестоз. В 3 группе (29 человек) со стороны системы гемостаза и иммунной системы достоверных изменений, укладывающихся в тот или иной синдром, не обнаружено. В связи с патологией, выявленной при допплерометрии, установлен диагноз - хроническая фетоплацентарная недостаточность.

Выводы. Только сочетанная оценка иммунограммы, показателей гемостаза и допплерометрии позволяет своевременно выявить и купировать угрозу невынашивания беременности.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ЭКСПРЕСС-ТЕСТА НА БЕЛОК СВЯЗЫВАЮЩИЙ ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Челобанов Б.П.[1], Шевчук Н.А.[1], Афиногенова Г.Н.[1], Воевода М.И.[2], Велиев С.Н.[1]

[1]НПО БиоТест, Новосибирск;
[2]Научно-исследовательский институт терапии, СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель: Сердечный белок связывающий жирные кислоты (сБСЖК) может служить ранним маркером некроза миокарда и тест-системы для определения сБСЖК являются многообещающим методом диагностики острого коронарного синдрома. Нашей целью было определение практической ценности иммунохроматографического экспресс-теста «КардиоБСЖК» (НПО «БиоТест», Новосибирск) в лечебно-профилактических учреждениях г. Новосибирска.

Методы исследования: Было проведено исследование диагностических возможностей экспресс-теста «КардиоБСЖК», который выявляет повышенный уровень сБСЖК в цельной венозной крови у пациентов с инфарктом миокарда. Экспресс-тест был выполнен 105 пациентам (47 мужчинам и 58 женщинам, средний возраст 65,3±12,6 лет), поступившим с подозрением на острый инфаркт миокарда в ГКБ №1, ГКБ №34 и ЦКБ

СО РАН города Новосибирска. Тест выполнялся врачами этих учреждений в палате интенсивной терапии, приемном покое или лечебном отделении. При поступлении 44 пациента (41,9%) не имели на ЭКГ специфических для ОИМ изменений. Средняя длительность болевого синдрома в момент постановки теста составила 3,2±3,6 часов. Результаты теста оценивались визуально как «положительные» или «отрицательные» по присутствию или отсутствию тестовой полоски в течение 25 минут. Пациенты обследовались в соответствии со стандартами лечебных учреждений, и диагноз ОИМ ставился на основании суммарного анализа лабораторных показателей (тропонины I и T, серия МВ-КФК) и динамики ЭКГ. Полученные данные сравнивались с результатами теста «КардиоБСЖК».

Полученные результаты: Экспресс-тест позволил поставить достоверный диагноз острого коронарного синдрома (ОКС) у 71 пациента (67.6%) и достоверно исключить этот диагноз у 27 больных (25.7%). По этим данным средняя чувствительность теста «КардиоБСЖК» составила 93.4%, а специфичность 93% за весь временной интервал (24 ч.). В первые три часа после начала симптомов ОКС чувствительность была 86%, а специфичность 100%. Тест на тропонин I показал среднюю чувствительность 89% и специфичность 74% за весь временной интервал (24 ч.), в то время как тест на МВ-КФК - чувствительность 78% и специфичность 79%.

Заключение: Результаты указывают на то, что тест на сБСЖК обладает сравнимыми или лучшими аналитическими характеристиками по сравнению с тестами на тропонины и МВ-КФК в первые 3-12 часов от начала клинических проявлений ОКС. Можно заключить, что экспресс-тест «КардиоБСЖК» пригоден для ранней диагностики ОКС и представляет практическую ценность для лечебно-профилактических учреждений.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ МОКСОНИДИНОМ НА УРОВЕНЬ ЛЕПТИНА, ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Чубенко Е.А., Беляева О.Д., Баженова Е.А., Большакова О.О., Беркович О.А., Баранова Е.И.

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия,

ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии Росздрава», Санкт-Петербург, Россия.

Цель: изучить влияние терапии моксонидином на уровень лептина, показатели липидного и углеводного обмена у пациенток с метаболическим синдромом.

Материал и методы: обследовано 30 пациенток с метаболическим синдромом, одним из компонентов которого была артериальная гипертензия. У всех пациенток выявлено абдоминальное ожирение (ОТ > 88 см) и признаки дислипидемии и/или нарушений углеводного обмена. Больные находились в постменопаузе, средний возраст - 52,5±0,4 года. Терапия моксонидином проводилась в течение 12 недель в дозе от 200 до 600 мкг в сутки. Уровень лептина сыворотки крови, инсулина плазмы крови и показатели липидного спектра сыворотки крови определялись методом иммуноферментного анализа (ELISA). Исследование уровня глюкозы плазмы крови исследовалось стандартным биохимическим методом. Вычислялись индекс инсулинорезистентности (HOMA-IR) и индекс функциональной активности р-клеток поджелудочной железы (HOMA-FB). Статистическая обработка материала выполнялась с использованием программы SPSS 17.0 RU для Windows.

Результаты: На фоне терапии моксонидином, наряду со снижением АД с 145,5±1,2/88,3±1,2 мм рт. ст. до 129,5±0,9/79,9±1,2 мм рт. ст. ($p<0,001$) выявлена тенденция к снижению уровня лептина сыворотки крови: 107,2±12,0 нг/мл и 101,4±11,7 нг/мл ($p=0,06$). Исходно нарушения липидного профиля были выявлены у 22 (84,6%) пациенток. На фоне терапии моксонидином отмечено повышение уровня холестерина ЛПВП с 1,3±0,09 ммоль/л до 1,5±0,09 ммоль/л ($p<0,05$), другие показатели липидного профиля существенно не изменились. У 8 (27%) больных женщин уровень глюкозы плазмы крови натощак был >5,6 ммоль/л. Повышение индекса HOMA-IR было выявлено у 19 (73%) больных гипертонической болезнью и метаболическим синдромом в постменопаузе. На фоне терапии моксонидином индекс HOMA-IR не изменился, но отмечено повышение индекса HOMA-FB с 204,7±30,1 до 222,3±27,8 ($p<0,05$) и выявлена тенденция к снижению уровня глюкозы плазмы крови натощак - с 5,33±0,10 ммоль/л до 5,15±0,13 ммоль/л ($p=0,07$).

Выводы: на фоне лечения моксонидином женщин с метаболическим синдромом в постменопаузе, наряду с антигипертензивным эффектом, наблюдалось повышение холестерина липопротеинов высокой плотности и индекса функциональной активности р-клеток поджелудочной железы, а уровни лептина сыворотки крови и глюкозы плазмы крови существенно не изменились.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ

Чукаева И.И., Орлова Н.В., Спирякина Я.Г.
ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Цель нашего исследования - изучение воспалительных реакций у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) с сопутствующим ожирением (ОЖ).

Методы исследования. Нами были обследованы 147 больных с верифицированным диагнозом ОИМ, которые были разделены на 2 группы. Первую группу составили 124 больных с верифицированным диагнозом ОИМ без наличия сопутствующих заболеваний, у 23 больных диагностирован ОИМ с сопутствующим ОЖ (2 группа). Диагноз ОИМ устанавливался на основании динамики тропонина и МВ КФК, данных электрокардиографии. В исследование не включались пациенты с воспалительными и аутоиммунными заболеваниями. Диагноз СД 2 типа устанавливался эндокринологом на основании индекса массы тела. Всем больным проводился динамический контроль электрокардиограммы (ЭКГ), артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), биохимических показателей крови (КФК, МВ-КФК, тропонин, глюкоза). Исследуемые цитокины сыворотки крови (IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, IL-12, TGF-P, INF-y) определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием коммерческих наборов тест-систем фирмы «Протеиновый контур» (Санкт-Петербург).Полученные данные обработаны на персональном компьютере на базе Intel Celeron в программной среде Microsoft Excel.

Полученные результаты. При анализе уровней провоспалительных цитокинов IL-6, IL-8, IL-12 и INFy у больных ОИМ с сопутствующим ОЖ, было выявлено значительное повышение показателей в сравнении с группой больных ОИМ без сопутствующего ОЖ. Нами были получены следующие результаты: уровень INFy во 2 группе был достоверно выше в на 7 сутки инфаркта миокарда, уровень IL-6 во 2 группе был так же достоверно выше на 1, 7, 14, 21 сутки заболевания, уровень IL-8 во 2-ой группе был достоверно выше на 21 сутки инфаркта, уровень IL-12 во 2-ой группе был достоверно выше в 1, 14 сутки инфаркта, чем у больных без сопутствующего ОЖ.

При изучении уровней противовоспалительных цитокинов IL-4, IL-10 и TGF-P у больных ОИМ было выявлено достоверное снижение IL-10 в группе больных с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа в 1 и 7 сутки заболевания. Уровень IL-4 был достоверно более высоким в 1, 7, 14 сутки ОИМ, TGF-P был достоверно более высоким у больных ОИМ с сопутствующим ОЖ на 7 сутки заболевания.

Заключение. У больных ОИМ с сопутствующим ОЖ определяются более высокие показатели провоспалительных цитокинов в динамике инфаркта миокарда, и более низкие показатели IL-10, чем у больных ОИМ без ОЖ , что совпадает с динамикой цитокинов при осложненном ОИМ.

АНАЛИЗ ДАННЫХ ЭХОКГ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Чукаева И.И., Орлова Н.В., Хавка Н.Н.
ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Цель. Изучение ремоделирования миокарда у больных артериальной гипертонией с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа.

Методы исследования. В исследование были включены 86 человек, мужчины, имеющие признаки центрального ожирения - окружность талии более 94 см., соотношение ОТ/ОБ более 1,0; и повышение АД: САД более 139 мм. рт. ст. или ДАД более 89 мм. рт. ст (IDF 2005 год). Все пациенты имели ожирение различной степени: от избыточной массы тела, до ожирения III степени. Проводились измерения роста, массы тела, окружности талии, бедер. Всем пациентам проводилось исследование клинического анализа крови, мочи, гликемии натощак, инсулинорезистентность (индекс Caro), биохимическое исследование сыворотки крови. ЭХОКГ проводилась на аппарате «LOGIQ TM-400» (США). Полученные данные обработаны на персональном компьютере с использованием программ «Excel» и «Biostat».

Полученные результаты. Средний индекс массы тела пациентов составил 35,4 + 4,0, вес пациентов - 110+16,2 кг, глюкоза натощак - 7,1+2,3, инсулин натощак (мкед/мл) - 19,63+13,8, С-пептид (пмоль/л) - 1553+502, HbA1C (%) - 8,8. При анализе данных ЭХОКГ была выявлена гипертрофия миокарда левого желудочка у 52% пациентов: 37% - концентрическая гипертрофия, 11% - эксцентрическая гипертрофия, 3,7% - ассиметрическая гипертрофия миокарда ЛЖ. Нарушений систолической функции левого желудочка выявлено не было. Нарушения диастолической функции ЛЖ определялось у 39% пациентов. Дилатация левого предсердия имелась у 43%. Проведенный корреляционный анализ показателей ЭХО-КГ и показателей углеводного и жирового обменов выявил следующие взаимосвязи: ММЛЖ и ИМТ ($r = 0,37$, $p < 0,05$), ММЛЖ и

вес пациента (r = 0,54, p < 0,01), ММЛЖ и глюкоза натощак (r = 0,4, p < 0,05), ММЛЖ и гликированный гемоглобин (r = 0,7, p < 0,1), размер полости левого предсердия и вес пациента (r = 0,45, p < 0,01), размер полости левого предсердия и уровень инсулина натощак (r = 0,56, p < 0,05), размер полости левого предсердия и С-пептид (r = 0,35, p < 0,05), размер полости левого предсердия и индекс Caro (r = - 0,68, p < 0,01).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют об обуславливающей роли углеводных нарушений и ожирения у больных артериальной гипертонией с сопутствующим сахарным диабетом на ремоделирование сердца.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ДИСЛИПИДЕМИИ НА УРОВНИ ИНТЕРЛЕЙКИНА-8 У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Чукаева И.И., Клепикова М.В., Орлова Н.В.
ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Цель: определить аполипопротеин А1 (АРОА1), аполипопротеин В (АРО В), соотношение АРОВ/АРОА1 у женщин с метаболическим синдромом и сопоставить их значения с уровнем интерлейкина 8 (IL-8).

Методы исследования. В исследование включены 46 женщин, в возрасте от 35 до 60 лет с абдоминальным ожирением и артериальной гипертонией. По результатам липидного профиля все пациенты были разделены на 2 группы: в 1 группу вошли больные с изолированной гиперхолестеринемией, во вторую - с дислипидемией II-IV типа. Группы были сопоставимы по возрасту. Определение холестерина (ХЛ), аполипопротеина А1 (АРОА1), аполипопротеина В (АРОВ) и триглицеридов (ТГ) проводилось методом иммунологической турбедиметрии (реактивы фирмы «Rosh») на биохимическом анализаторе-автомате Hitachi 912. Уровень IL-8 определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием коммерческих наборов тест-систем фирмы «Протеиновый контур» (Санкт-Петербург). Полученные данные обработаны на персональном компьютере на базе Intel Celeron в программной среде Microsoft Excel. Данные представлены в виде М-медиана, 25% процентиль и 75% процентиль.

Полученные результаты: При сравнении 2-х групп выявлены статистически значимые различия между показателями: АРОВ (p level=0,000038), АРОВ/АРОА1ф level=0,000131), ХЛ (p level =0,000138), ТГф level=0,000372). Во второй группе были выявлены достоверно более высокие значения изучаемых показателей, которые составили: АРОВ - М=1,21 (1,07-1,45)), АРОВ/АРОА1 - М=0,89 (0,77-1,11)), ХЛ - М=7,2 (6,1-8,14) моль/л), ТГ - М=2,09 (1,5-2,7) моль/л), в сравнении со значениями липидов в 1 группе больных: АРОВ - М=0,93 (0,8-1,06), АРОВ/АРОА1 - М=0,66 (0,52-0,8), ХЛ - М=5,43 (4,65-6,04) моль/л, ТГ - М=1,23 (1,05-1,44) моль/л. При оценке показателей IL-8 выявлены статистически значимые различия между двумя группами (p =0,014). Во 2 группе уровень IL-8 был достоверно выше и составил М=22 (12,7-37) пг/мл, чем в 1 группе - М=13 (3,4-21,8) пг/мл. Выявлена прямая корреляционная связь между уровнями IL-8 и отношением АРОВ/АРОА1 во второй группе больных (r = 0,66, p< 0,05).

Заключение: В результате проведенного исследования у пациентов с выраженной дислипидемией выявлены достоверно более высокие уровни IL-8, выявлена взаимосвязь между АРОВ/АРОА1 и IL-8. Таким образом, можно предположить, что повышение АРОВ/АРОА1 стимулирует запуск каскада воспалительных реакций, инициируя процесс атеросклероза.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОТДЕЛЬНЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В РЕПРЕЗЕНТАТИВНОЙ ВЫБОРКЕ Г.КАЛИНИНГРАДА

Шавшин Д.А., Ротарь О.П., Карпенко М.А.
Калининградская областная клиническая больница,
МУЗ гор.поликлиника №2 Ленинградского района г. Калининграда,
ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова»,
Росмедтехнологии, Санкт-Петербург, Россия

Целью исследования является определение распространенности компонентов метаболического синдрома (МС) и их различных сочетаний в г. Калининграде. Объектом исследования были 300 жителей г.Калининграда, полученные путем случайной выборки в возрасте от 25 до 75 лет обоих полов в одинаковом соотношении. Всем пациентам, согласившимся принять участие в исследовании, проведено анкетирование и обследование (антропометрические данные, гемодинамические параметры, лабораторные показатели, ЭКГ). С учетом

неполного отклика проанализированы данные 157 респондентов (61 мужчина и 98 женщин), что составляет половину всех участников исследования.

Интерес представляет оценка сочетания таких критериев как липидный спектр и глюкоза крови, которые используются в качестве основных критериев МС у Европейского кардиологического общества (ЖСЕР-АТР III). Сочетание именно любых трех и более критериев по данным NCEP-ATP III (окружность талии (ОТ) > 102см у мужчин и > 88см у женщин, АДс > 130 и/или АДд > 85 мм рт.ст. или проводимая терапия, триглицериды (ТГ) > 1.7 ммоль/л, холестерин ЛПВП < 1,0 ммоль/л у мужчин и < 1,3 ммоль/л у женщин, глюкоза плазмы более 6,1 ммоль/л (в модификации 2005 более 5,6ммоль/л) для постановки МС отличает его от российских рекомендаций. Наличие обязательного компонента синдрома не предусматривается, поэтому интересно оценить сочетание у обследованных 157 человек сочетание показателей ТГ, ЛПВП и глюкозы крови. А именно: 15(9,5 %) от общего количества имеют МС (мужчин - 5(8,1%), женщин - 10(10,2%)), причем средний возраст мужчин составляет 53,6л, женщин 58,8л. Если расценивать каждый отдельный показатель крови, то показатели таковы: ТГ > 1.7 ммоль/л: у мужчин - 20(32,8%), у женщин - 30(30,6%); холестерин ЛПВП < 1,0 ммоль/л у мужчин и < 1,3 ммоль/л у женщин - соответственно 18(29,5%) и 32 (32,6%), глюкоза > 5,6 ммоль/л - у мужчин - 14(30%) и женщин - 37(38%). Сходные критерии российских экспертов всё таки выделяют большие и малые критерии. Для постановки диагноза МС необходимо 2 больших как наиболее часто встречаемые компоненты МС (ОТ > 102 см у мужчин и > 88 см у женщин, АДс > 130 и/или АДд > 85 мм рт.ст.) и малый критерий (ТГ > 1.7 ммоль/л или ЛПВП < 1.0 ммоль/л у мужчин и < 1.3 ммоль/л у женщин или глюкоза > 5.6 ммоль/л) или 1 большой и 2 малых. Например, сочетание абдоминального ожирения (АО) и триглицеридемии и снижение ХС ЛПВП - встречается у 23(14,6%) человек, причем у мужчин и женщин - соответственно 6(9,8%) и 17(17,3%), средний возраст соответственно 51,2г. и 56л. Для постановки диагноза МС по критериям IDF необходимо сочетание АО - как главного признака, причем у мужчин > 94см, у женщин - >80см, и любых 2 дополнительных, например, те же: повышение ТГ и снижение ХС ЛПВП. Таким образом, получается, что встречаемость МС составляет 26(16,6%) человек, у мужчин и женщин соответственно 8(13%) и 18(18,4%), средний возраст соответственно 50,5л и 56,6л.

ВЛИЯНИЕ РАННЕЙ ТЕРАПИИ СИМВАСТАТИНОМ И АТОРВАСТАТИНОМ НА ДИНАМИКУ МЕДИАТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Шальнев В.И., Мазуров В.И.
Медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург, Россия

Целью данного исследования было изучение влияния терапии статинами на клиническое течение, уровень С-реактивного белка и интерлейкинов плазмы крови при раннем назначении больным острым коронарным синдромом. Материал и методы: 303 больных ОКС рандомизированы в две группы: контрольную-получавших стандартную терапию и основную, получавших с первых суток дополнительно терапию статинами (40 мг симвастатина или 80 мг аторвастатина в сутки). СРБ, интерлейкины (IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, TNF-a, GM-CSF, INF-y) определялись в первые 24 часа, на 14-е сутки заболевания и через 6 месяцев после развития ОКС. Клиническое течение оценивалось в течение 12 месяцев с момента госпитализации.

Результаты: Средний уровень СРБ снизился статистически достоверно в течение двух недель в группе больных, получавших статины (с 22,9+3,7 мг/л до 10,3+1,2 мг/л). В контрольной группе в этот период отмечено умеренное снижение концентрации СРБ (с 24,5+1,4 до 21,5+1,3 мг/л). Различие между группами на 14 сутки высоко достоверно (P=0,001). В основной группе С-реактивный белок снизился более значительно в подгруппе больных, получавших 80 мг аторвастатина в сутки.

К 14 суткам заболевания средние значения TNF-a, IL-2, IL-6 снизились, средние значения IL-4, IL-8, IL-10, INF-y, GM-CSF увеличились в обеих группах при разнонаправленной динамике этих показателей у отдельных больных. На 14 сутки различия между группами по большинству изучаемых параметров были недостоверны. Отмечена корреляция динамики IL-6 с уровнем СРБ (r=0,72). Через 6 месяцев отмечено значительное снижение средних значений всех медиаторов воспаления. При этом у больных, получавших статины, отмечены достоверно более низкие уровни СРБ, IL-6, IL-8, GM-CSF по сравнению с контрольной группой. Наиболее существенным различием в клиническом течении была частота ранней постинфарктной стенокардии, которая значительно чаще наблюдалась в контрольной группе. В группе больных, получавших статины, реже отмечались повторные госпитализации в связи с рецидивами ОКС.

Выводы:

1) Раннее начало терапии статинами приводит к достоверному снижению уровня СРБ к 14-м суткам от развития острого коронарного синдрома и частоты постинфарктной стенокардии.

2) В группе больных, получавших статины, через 6 месяцев отмечены более низкие средние значения СРБ, IL-6, IL-8 и GM-CSF, что сочеталось с более благоприятным клиническим течением.

ЦИТОКИНОВЫЙ КАСКАД ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Шальнев В.И., Мазуров В.И.
Медицинская академия последипломного образования, Санкт- Петербург, Россия

Роль цитокиновой системы в патогенезе острого коронарного синдрома интенсивно изучается в последние годы, однако роль и прогностическое значение большинства компонентов этого звена воспаления изучены недостаточно.

Целью данного исследования было комплексное изучение динамики содержания интерлейкинов плазмы крови в различные сроки острого коронарного синдрома, их связь с клиническим течением и исходами заболевания. Материал и методы: Обследовано 156 больных острым коронарным синдромом. Интерлейкины плазмы крови (IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, TNF-a, GM-CSF, INF-y) определялись мультиплексным методом в первые 24 часа, на 14-е сутки заболевания и через 6 месяцев после развития ОКС. Оценка клинического течения проводилась в течение 12 месяцев от момента госпитализации. На основании анализа клинического течения были выделены группы больных с осложненным течением (59 больных) и не осложненным течением (97 больных).

Результаты: В острой стадии ОКС отмечена разнонаправленная динамика перечисленных выше медиаторов воспаления с повышением средних значений всех изучавшихся цитокинов. Наибольшие средние значения IL-6 и TNF-a отмечены в первые сутки заболевания с последующим снижением к 14 суткам от развития ОКС. Средние значения IL-4, IL-8, IL-10, INF-y и GM-CSF в течение первых двух недель увеличивались по отношению к исходным показателям. Через 6 месяцев отмечено значительное снижение средних значений всех изучавшихся медиаторов воспаления по отношению к первым 14 суткам заболевания. При сравнении содержания цитокинов в группах с осложненным и не осложненным течением отмечен достоверно более высокий уровень большинства изучавшихся цитокинов при осложненном течении заболевания. Наибольшее прогностическое значение выявлено для динамики содержания IL-6. Содержание IL-6 снизилось у большинства больных к 14 суткам заболевания, но у части больных отмечено увеличение уровня IL-6 в этот период. При анализе с использованием метода логистической регрессии у больных с этим типом динамики IL-6 достоверно чаще отмечалось осложненное течение заболевания (ОР=1,4; 95% ДИ=1,1-1,8). Изменения содержания других изучавшихся цитокинов в острой стадии ОКС не имели достоверной корреляционной связи с последующим клиническим течением.

Выводы:

1) В первые 14 суток развития острого коронарного синдрома отмечается активация цитокиновой системы с повышением содержания в плазме крови средних значений как провоспалительных, так и антивоспалительных цитокинов.

2) Увеличение содержания IL-6 в течение первых двух недель заболевания является неблагоприятным прогностическим признаком.

О ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ РОЛИ КОНЦЕНТРАЦИИ ИНТЕРЛЕЙКИНА-10 ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Шальнев В.И., Мазуров В.И.
Медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург, Россия

Активация цитокинового звена воспаления имеет важное значение в дестабилизации атеросклеротической бляшки, атеротромбозе и ремоделировании миокарда при ишемии и некрозе. Однако роль и значение отдельных элементов цитокинового каскада при остром коронарном синдроме изучены недостаточно. Целью исследования являлось изучение содержания и динамики ИЛ-10 у больных ОКС и выявление взаимосвязи между уровнем ИЛ-10 и клиническим течением заболевания.

Материал и методы: Обследовано 156 больных острым коронарным синдромом.

У 68 больных диагностирован ОИМ с подъемом сегмента у 88 больных ОИМ без подъема сегмента ST и нестабильная стенокардия.

Интерлейкин -10 в плазме крови определялся мультиплексным методом на анализаторе "Bio-Plex", США.

Исследование проводилось в первые 24 часа после госпитализации, на 14 сутки и через 6 месяцев после развития ОКС. Оценка клинического течения по комбинированной конечной точке исследования, включавшей развитие ранней постинфарктной стенокардии, повторного ИМ, госпитализации в связи с ОКС, развития сердечной недостаточности и смерти от ИБС проводилась в течение 12 месяцев после госпитализации. На основании анализа клинического течения были выделены группы больных с осложненным течением, у которых отмечалось достижение конечной точки исследования, и группа больных с не осложненным течением.

Результаты: Содержание ИЛ-10 было повышено в первые 48 часов у большинства больных ОКС, в среднем составив 1,33±1,31 пкг/мл. Среднее значение ИЛ-10 было выше у больных ОИМ с подъемом сегмента 8Т по сравнению с больными ОИМ без подъема 8Т и нестабильной стенокардией- соответственно 1,68±1,63 и 1,05±0,91 пкг/мл. К 14 суткам заболевания отмечена разнонаправленная динамика ИЛ-10 у отдельных больных ОКС с повышением среднего значения до 1,46±1,28 пкг/мл. Через 6 месяцев отмечено снижение уровня ИЛ -10 по сравнению с острой фазой заболевания у большинства больных. В группе больных с осложненным течением средние значения ИЛ-10 при поступлении и на 14 сутки составили 1,54±1,46 и 1,74±1,57 пкг/мл, у больных с не осложненным течением соответственно 1,19± 1,18 и 1,29±1,05 пкг/мл, различие между группами на 14 сутки достоверно (P=0,03). Ранее опубликованы сообщения о более благоприятном прогнозе и клиническом течении заболевания у больных ОКС, имевших более высокий уровень ИЛ-10 в острой стадии заболевания. При оценке взаимосвязи клинического течения и концентрации ИЛ-10 с использованием метода логистической регрессии нам не удалось выявить статистически достоверной зависимости.

Вывод: Повышение содержания ИЛ-10 в плазме крови у больных острым коронарным синдромом не является предиктором благоприятного клинического течения заболевания.

АНТИОКСИДАНТНАЯ АКТИВНОСТЬ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНОЙ ПИЩЕВОЙ ДОБАВКИ ПРОВИТАМ

Шевченко И.А., Вершинин А.С., Машек О.Н.

ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова», Росмедтехнологии, Санкт-Петербург, Россия

В настоящеее время в литературе широко обсуждаются многие теории патогенеза атеросклероза (АТ), который является основой для развития большинства сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Одним из основных факторов риска АТ является нарушение липидного обмена. Большое внимание в патогенезе АТ уделяется роли окислительной модификации липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), причиной образования которой является интенсификация процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ). Под действием образовавшихся свободных радикалов происходит снижение активности антиоксидантной системы организма. Окисленные липротеины оказывают цитотоксическое действие на артериальную стенку и способствуют развитию АТ. В связи с этим в клинической практике все более широко применяются биологически активные пищевые добавки (БАД), обладающие липиднижающим и антиоксидантным действием.

Настоящая работа проведена с целью изучения клинической эффективности БАД «Провитам» в комплексной терапии больных ССЗ. В процессе клинического наблюдения в течение от одного до трех месяцев изучали влияние препарата «Провитам» на общее состояние и самочувствие больных, изменения показателей липидного обмена и продуктов ПОЛ. В связи с тем, что в последние годы нарушения антиоксидантной активности многие авторы рассматривают как один из факторов риска развития атеросклероза, основное внимание уделяли особенностям и характеру изменений ПОЛ.

БАД «Провитам», разработанная ООО «Фитолон-Мед» является натуральным продуктом, полученным из нейтральной фракции (НФ) хвои сосны или ели. НФ содержит следующие биологически активные вещества (БАВ): витамин Е, каротиноиды, фитол, фитостерин, полипренолы, сквален. Препарат провитам применяли в клинике ФГУ ФЦ СКЭ им. В.А.Алмазова в комплексной терапии 30 больных (основная группа) и 15 человек (контрольная группа), страдающих ишемической болезнью сердца и/или гипертонической болезнью. Препарат провитам назначали по 2 капсулы 2 или 3 раза в день после еды в течение одного, двух и трех месяцев (по 10 человек в каждой группе).

В результате проведенного лечения было установлено, что у больных основной группы отмечалось улучшение общего самочувствия и уменьшение клинических проявлений заболевания. Некоторое снижение показателей липидного обмена выявлено в группе больных после трехмесячного приема препарата. Вместе с тем были обнаружены существенные изменения показателей антиоксидантной активности. Суммарная антирадикальная емкость плазмы после месячного приема провитама повысилась по сравнению с исходным уровнем на 10,75%, а после трехмесячного приема на 19,41%. Диеновые конъюгаты после трехмесячного приема снизились на 26,89%, а гидроперекиси Апо-В уменьшились на 22,37%. Эти данные свидетельствуют о выраженной антирадикальной активности препарата провитам. У больных контрольной группы существенных изменений показателей ПОЛ не выявлено.

Полученные результаты исследования позволяют использовать провитам в комплексной терапии и профилактике ССЗ.

ЭНДОПУЛЬМОНАЛЬНАЯ ЦИТОГРАММА У ДЕТЕЙ С ДЫХАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ, РОДИВШИХСЯ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Шилова Н.А., Чаша Т.В., Хорошилова А.Г., Проценко Е.В.

Федеральное государственное учреждение «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова, Федерального агенства по высокотехнологичной медицинской помощи», г. Иваново.

Цель: выявить особенности состояния альвеолоцитов у недоношенных новорожденных с дыхательными нарушениями, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой.

Методы исследования: было обследовано 106 детей. Срок гестации составил 26-32 недели. Все новорожденные были разделены на две группы: 1-ую группу составили 41 новорожденный с респираторным дистресс синдромом (РДС), 2-ую группу - 65 детей с врожденной пневмонией. Материалом для исследования служили бронхо-альвеолярная лаважная жидкость (у детей, находящихся на искусственной вентиляции легких) или фарингеальный аспират (у детей без ИВЛ). Материал забирали на 2-3 день жизни. Отделение клеточной фракции проводилось на лабораторной центрифуге при 1500 об/мин в течение 10 мин. Из клеточной фракции готовился мазок, который окрашивался по Граму, а также гематоксилином и эозином для подсчета эндопульмональной цитограммы (ЭПЦ), в которой мы оценили состояние альвеолоцитов. Результат выражался в % при сплошном подсчете не менее 100 клеток. Результаты исследования: Альвеолоциты были выявлены в мазках у всех обследованных новорожденных с различными типами дыхательных расстройств. Как при РДС, так и при внутриутробной пневмонии, они преимущественно находились в состоянии дистрофии (56,4% и 60% соответственно). Некробиотические и некротические процессы в альвеолоцитах имели достоверно больший удельный вес в группе детей с внутриутробной пневмонией относительно новорожденных с РДС ($P<0,05$) и, вероятно, были обусловлены прямым токсическим воздействием бактериальной флоры и вирусов. Наличие же у новорожденных РДС характеризовалось достоверным увеличением доли апоптоза - запрограммированной гибели клеток альвеолярного эпителия по сравнению с детьми с внутриутробной пневмонией ($P<0,05$). Так же при РДС статистически значимо больше регистрировалось не измененных альвеолоцитов, чем при внутриутробной пневмонии ($P<0,02$).

Заключение: исследование эндопульмональной цитограммы является дополнительным неинвазивным экспресс-методом в неонатальной пульмонологии. Его выполнение возможно уже тогда, когда отсутствуют четкие клинико-лабораторные и рентгенографические признаки, позволяющие провести дифференциальную диагностику дыхательных расстройств. Поэтому в ряде случаев результаты этого метода могут оказаться решающими в диагностике легочной патологии у недоношенных новорожденных и определяющими дальнейшую лечебную тактику.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ СД 1 ТИПА У ПОДРОСТКОВ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ В ПОЛНЫХ И НЕПОЛНЫХ СЕМЬЯХ

Ширяева Л.И.

Воронежская государственная медицинская академия, институт последипломного медицинского образования

Актуальность и постановка задачи. Решение проблем ранней инвалидизации и смертности, значительных экономических затрат общества на лечение пациентов с СД 1 типа возможно только путем достижения стабильной компенсации болезни. Положительный эффект в первую очередь может быть при осуществлении больными и их родителями адекватного и постоянного управления заболеванием в домашних условиях. Опубликованные на сегодняшний день исследования, оценивающие влияние различных причин на стабильное сохранение компенсации СД 1 типа, ставя на «пьедестал» грамотное лечение в семье, подчеркивают, что для реализации практических задач диабетологической диспансерной службы необходим мониторинг качества этого вида лечения. В решении долгосрочной задачи - достижение стабильной компенсации заболевания, нельзя не учитывать состояние семейной микросоциальной среды.

Методы исследования. Проводилось анкетирование подростков со стажем болезни 1 год (из неполных семей - 37 и полных - 31) и их родителей, анализ дневников самоконтроля, уточнялся характер терапии в домашних условиях. Определялся образовательный ценз родителей, характер их профессиональной деятельности; изучали социологию семьи. Исследовался уровень HвA1c. Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерной программы Statistica 6 (StatSoft, США). Описание изучаемых показателей осуществлялось с использованием описательной статистики (Mean+SD). Анализ качественных признаков осуществлялся с применением x^2. Результаты оценивались с уровнем значимости $p< 0,05$.

Результаты. Образовательный уровень родителей как в неполных, так и в полных семьях не имел различий: 21% (8/37) были с высшим и 24% (9/37) средним образованием, а в полных - 23% (7/31) и 26% (8/31)

соответственно, p>0,05. Доля подростков с HвA1c<7,5% из неполных семей составляла 0% (37), полных - 16%(31) (x^2=13,4; p<0,0001). Контроль глюкозы крови в домашних условиях (частота измерения глюкозы крови в неделю) показал, что в семьях с 1-м и 2-мя родителями было статистически значимое различие (9,3±1,2 и 12,5±1,4 соответственно) (t=9,9; p<0,0001). В группах субъектов с 1-м и 2-мя родителями в семье была также получена статистически значимая разница по снижению количества пациентов, ведущих дневник самоконтроля и проводящих коррекцию дозы инсулина в неполных семьях (57% и 90% соответственно) (x^2=4,1; p=0,04) и (54% и 87% соответственно) (x^2=4,2; p=0,04).

Выводы. Показатели компенсации сахарного диабета 1 типа (по уровню HвA1c) имели худшие результаты у подростков из неполных семей. Качество самоконтроля в домашних условиях (частоты контроля гликемии, ведение дневника самоконтроля, коррекции дозы инсулина) было лучшим также у детей из семей с двумя родителями. Роль родителей в лечении СД 1 типа у детей является основополагающей. Контроль педиатров, детских эндокринологов за лечением диабета в домашних условиях в семьях с одним родителем должен быть особенно жестким.

ОЦЕНКА РАБОТЫ ШКОЛЬНОГО ВРАЧА С ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ С СД1 ТИПА

Ширяева Л.И.

Воронежская государственная медицинская академия, институт последипломного медицинского образования

Актуальность. Важнейшее место в процессе интеграции ребенка с СД 1 типа в окружающую среду принадлежит школе. Ведущая роль проводника в этом процессе отводится школьному врачу. Поддержка непрерывности наблюдения со стороны школьного врача вносит свой вклад в мониторинг компенсациии болезни и позволит избежать осложнений, способствующих инвалидизации пациентов.

Методы исследования. Работа школьного врача анализировалась согласно анкетированию детей с СД 1 типа. Проведено анкетирование 100 детей с СД 1 типа. Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерной программы Statistica 6 (StatSoft, США). Описание изучаемых показателей осуществлялось с использованием описательной статистики (Меаи.+SD). Анализ качественных признаков осуществлялся с применением x^2. Результаты оценивались с уровнем значимости p< 0,05.

Результаты. Средний возраст детей составил 13,2±2,7 (7; 17) лет, стаж диабета - 4,8±2,8 (0,5; 14) лет. Установлено, что школу посещали 94% детей, остальные 6% проходили обучение на дому (x2=54,6; p=0,0001). Пропускали школьные занятия по причине плохого самочувствия, связанного с декомпенсацией диабета: до 1-2 раз в неделю 22%, 2-3 раза в месяц - 18%, очень редко - 35%, остальные 25% - занятия не пропускали. Отпрашивались в туалет во время урока ежедневно 17%, редко - 38%, остальные 45% - не отпрашивались (p=0,003), но из них 19% ждали с нетерпением перемены; в большинстве случаев (86%) учителя знали о диабете от своего ученика, однако 14% детей тщательно скрывали свое заболевание. При ухудшении состояния ребенка в школе обращение за помощью к медицинской сестре или врачу происходило всего в 20% случаев, 80% детей - не обращались (x2=5,5; p=0,02). Школьный врач и медицинская сестра не проводили никаких бесед о заболевании с больными СД 1 типа в 100% случае. На уроки физической культуры ходило всего 17% (94) детей, но только 56% (16) из них проводили контроль гликемии перед занятием физкультурой. Питание в школе обеспечивалось в 48% продуктами, принесенными из дома, 19% детей питались в столовой, 33% предпочитали в школе не есть. Инъекции инсулина в школе делали всего 19% (18/94), из них только 22% (4/18) - в медицинском кабинете. Частые гипогликемические состояния были у 81% детей (x2=25,0; p=0,0001), однако ни один из пациентов к врачу не обращался.

Выводы. Результаты анкетирования отражают ситуацию работы с детьми с СД 1 типа в школе, которая позволяет сделать вывод о необходимости улучшения лечебно-профилактических мероприятий со стороны медицинского персонала на этом этапе мониторинга за ребенком с диабетом. Предложена схема интегрированной помощи школьным врачом детям и подросткам с СД 1 типа.

Таким образом, понятие школы «Диабет» расширяется за счет активного участия в ее работе не только детского эндокринолога, участкового педиатра, но и школьного врача. Они занимают одно из ведущих мест в последующем повышении уровня знаний, как у детей, так и их родителей, а девиз школы - «Диабет не болезнь, а образ жизни» будет полностью соответствовать хорошему качеству жизни детей с СД 1 типа.

ДИНАМИКА И ЗНАЧЕНИЕ CD117+, CD133+ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА В КРОВИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПЕРВИЧНЫМ КРУПНООЧАГОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Штатолкина М.А.*, Рябов В.В.*, Суслова Т.Е., Марков В.А.*, Попов С.В.****

** ГОУ ВПО Сибирский Государственный Медицинский Университет Росздрава, Томск, Россия,*
*** Учреждение РАМН НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия.*

Цель работы. Изучить динамику содержания циркулирующих в крови CD117+ (c-kit), CD133+ клеток костного мозга (КМ) в зависимости от сроков острого первичного крупноочагового инфаркта миокарда (ИМ) левого желудочка (ЛЖ) и определить взаимосвязь с некоторыми параметрами ремоделирования ЛЖ сердца.

Материалы и методы исследования. Включено 19 пациентов с острым первичным передним крупноочаговым ИМ, средний возраст 59±17 лет. У всех больных достигнута реперфузия инфарктсвязанной коронарной артерии (ИСКА), также всем выполнена баллонная ангиопластика и стентирование ИСКА. Среднее время реканализации составило 5 (4;6) ч. Размер ИМ определяли методом подсчета индекса QRS, выполняли ЭхоКГ (ультразвуковая система VIVID 7) в день поступления, на 3-и, 7-е и 21-е сутки ИМ, оценивали конечный систолический объем (КСО), конечный диастолический объем (КДО), фракцию выброса (ФВ) ЛЖ. Содержание CD117+, CD133+ клеток КМ в крови определяли с помощью метода проточной цитофлуориметрии путем забора венозной крови в день поступления, на 3-и, 7-е и 21-е сутки острого ИМ. Для сравнения проводился однократный забор крови у группы здоровых добровольцев лиц мужского пола в количестве 6 человек, средний возраст 41±9 лет (абсолютно здоровы, отсутствие анамнеза ССЗ). Результаты обработаны с помощью программы "STATISTICA", ver. 6.0 (StatSoft Inc., США). Данные представлены в виде Me (25;75).

Результаты. Выявлено, что у больных острым ИМ уже в 1-е сутки заболевания наблюдается увеличение содержания как абсолютного, так и относительного количества CD117+, CD133+ клеток КМ в крови относительно добровольцев ($p<0,05$). Проводя индивидуальный анализ изменения количества циркулирующих в крови исследуемых клеток КМ у больных острым ИМ, обнаружили разнонаправленную, нелинейную динамику их содержания к 3-м суткам ИМ. В зависимости от этой динамики раздели всех больных на 2 подгруппы: 1-ю подгруппу составили пациенты с исходно низким уровнем и дальнейшим повышением количества стволовых клеток на 3-и сутки ИМ, 2-ю подгруппу - пациенты со снижением их количества в крови к 3-м суткам болезни. Выявлены внутригрупповые и межгрупповые различия в разные сутки заболевания ($p<0,05$). Установлена отрицательная корреляционная связь между абсолютным содержанием циркулирующих в крови c-kit клеток КМ в 1-е сутки ИМ и КДО на 7-е сутки ($R=-0,8$; $p=0,01$), КДО и КСО на 21-е сутки ($R=-0,8$; $p=0,004$) острого ИМ во 2-й подгруппе больных. Мобилизация относительного количества CD133+ клеток КМ в кровь в ранние сроки ИМ положительно коррелирует с уровнем ФВ ЛЖ на 21-е сутки заболевания.

Заключение: Таким образом, нами показана реакция КМ на развитие острого ИМ, что проявлялось выбросом CD117+, CD133+ клеток в кровь. Выявлено, что высокая мобилизация данных клеток в 1-е сутки ИМ ассоциирована с благоприятным течением и прогнозом заболевания, проявляющееся в улучшении клинических и эхокардиографических показателей.

ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМИРОВАНИЯ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И СИМПТОМОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ВЫПИСКЕ БОЛЬНЫХ ИЗ СТАЦИОНАРА

Шурупов В.С., Рябов В.В., Марков В.А.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск, Россия,
Учреждение российской академии медицинских наук научно-исследовательский институт кардиологии сибирское отделение РАМН, г. Томск, Россия.

Цель работы. Изучить влияние современных методов реперфузионной терапии на клинические исходы и эхокардиографические параметры у больных ОИМ с подъемом сегмента ST (ПСST). Определить клинико-анамнестические особенности ОИМ у больных в зависимости от сохранности систолической функции ЛЖ после инфаркта.

Материалы и методы. Выполнено ретроспективное исследование, в которое включили 236 больных ОИМ с ПСST, поступивших в отделение неотложной кардиологии НИИ кардиологии СО РАМН в 2008 г. Диагноз ОИМ устанавливали на основе универсального определения. Больные (n=236) разделены на две группы в

зависимости от величины ФВ ЛЖ>45% (1-я группа) и с ФВ ЛЖ<45% (2-я группа). Состояние глобальной систолической функции ЛЖ определяли на 10-21-й день болезни посредством ЭхоКГ. Первую группу составили 166 (70%) пациентов (средний возраст 62,1±12,05 лет), тогда как 2-ю 70 (30%) пациентов (средний возраст 62,05±12,06). При анализе историй болезни оценивали анамнестические данные, факторы риска ИБС, временные интервалы (начало симптомов ОИМ, время поступления в БИТ, время реперфузии ИСКА) эхокардиографические и ангиографические данные. Анализировали медикаментозное лечение в стационаре и на амбулаторном этапе. Статистическая обработка произведена с помощью пакета программ «Статистика». Данные представлены в виде M+SD.

Результаты. Установлено, что по полу, возрасту, факторам риска ИБС, наличию прединфарктной стенокардии больные обеих групп были сопоставимы. На момент выписки ХСН I ФК диагностировали в группе сохранной ФВ ЛЖ в 40% случаев против 19%, p<0,05. Тогда как признаки II ФК ХСН встречались с частотой 43% в группе сохранной ФВ ЛЖ, против 42%. Как и ожидалось, III-IV ФК ХСН чаще диагностировали в группе сниженной ФВ ЛЖ 39% против 17%, p<0,05. При анализе показателей Эхо-КГ, соотношение пиковых скоростей трансмитрального потока E/A в группе сохранной ФВЛЖ было равно 1,01±0,46, а в группе сниженной ФВЛЖ 1,37±0,84, p<0,05. Возможно, данный результат обусловлен псевдонормализацией трансмитрального кровотока при диастолической дисфункции ЛЖ. Индекс нарушения локальной сократимости был достоверно выше в группе сниженной ФВ ЛЖ 1,7±0,3, против 1,35±0,24, а в p<0,05.

Заключение. Таким образом, внедрение современных методов реперфузионной терапии ОИМ обеспечило снижение частоты развития систолической дисфункции ЛЖ. При этом по нашим данным систолическая дисфункция ЛЖ развивается, как правило, у больных с повторным ОИМ, 3-сосудистым поражением венечного русла в результате обширного поражения миокарда ЛЖ и поздним поступлением от начала симптомов ОИМ. Интересным представляется факт довольно высокой частоты развития синдрома ХСН II ФК при сохранности глобальной систолической функции ЛЖ, отсутствии каких-либо значимых клинико-анамнестических особенностей ОИМ, что требует продолжение изучения патофизиологии этого синдрома.

РОЛЬ ГОМОЦИСТЕИНЕМИИ В РАЗВИТИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Шуцкая Ж.В., Башнина Е.Б.

Городской Диабетологический Центр для детей и подростков ГУЗ ДГП №44, Санкт-Петербург, Россия.

Повышенный уровень гомоцистеина в плазме крови является фактором риска патологии сосудов различной локализации. Данные исследований показывают, что повышение концентрации гомоцистеина оказывает влияние на уровень смертности при сахарном диабете 1 типа (СД 1 типа) у взрослых пациентов. Целью настоящего исследования являлось изучение роли гомоцистеинемии в развитии диабетической нефропатии (ДН) у детей и подростков с СД 1 типа.

Обследовано 39 детей и подростков в возрасте от 11 до 18 лет. Были сформированы 3 группы: 1-я группа - пациенты с ДН - 10 (4 мальчика и 6 девочек); 2-я группа - 19 пациентов без диабетического поражения почек (10 мальчиков и 9 девочек); 3-я группа - 10 практически здоровых детей (5 мальчиков и 5 девочек). Диагностика ДН была осуществлена согласно стандартам оказания медицинской помощи пациентам с СД 1 типа. Для определения уровня гомоцистеина в плазме крови использован метод ИФА.

В ходе настоящего исследования было выявлено, что значения гомоцистеина были выше у больных с ДН (6,25±1,68 мкмоль/л) по сравнению с пациентами без ДН (5,65±1,39) и группой контроля (5,40±0,59) (p<0,05). Уровень гомоцистеина в плазме крови у пациентов с СД без нефропатии статистически значимо не отличался от аналогичного параметра у здоровых детей. Следует отметить, что исследуемые группы были близки по возрасту и условиям жизни. Пациенты 1-й и 2-й групп статистически не различались по длительности СД и основным показателям метаболической компенсации.

По результатам исследования уровень гомоцистеина в плазме крови у пациентов с ДН был выше, чем у больных без ДН и группе контроля. Определение уровня гомоцистеина при дальнейшем изучении может позволить ввести в клиническую практику дополнительный лабораторный показатель ранней диагностики ДН, доступный фармакологической коррекции (назначение лечебных доз витаминов группы В).

ГИСТОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЙ ИШЕМИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИШЕМИЧЕСКОГО ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ У МОНГОЛЬСКИХ ПЕСЧАНОК

Щербак Н.С., Галагудза М.М., Митрофанова Л.Б., Баранцевич Е.Р., Шляхто Е.В.
ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.ААлмазова», Росмедтехнологии, Санкт-Петербург, Россия
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Ишемическое посткондиционирование (ИПост) головного мозга (ГМ) обладает выраженным протективным действием. Однако эффективность ИПост зависит от продолжительности ишемии ГМ и протокола применения ИПост. Кроме того, степень эффективности применения ИПост может быть различной в разных анатомических отделах ГМ. В пилотных экспериментах нами было показано, что применение ИПост при продолжительной ишемии в каротидном бассейне у монгольских песчанок не сопровождается снижением летальности.

Цель исследования: изучить влияние ИПост на степень выраженности морфологических изменений в различных отделах ГМ при длительной ишемии переднего мозга у монгольских песчанок.

Материалы и методы. Исследование проводилось на самцах монгольских песчанок массой 60-80 г, наркотизированных хлоралгидратом (450 мг/кг, в/б). Ишемию переднего мозга (ИПМ) моделировали двусторонней окклюзией общих сонных артерий с последующей 48-часовой реперфузией. Животные были случайным образом разделены на следующие экспериментальные группы: 1) ложнооперированные животные, n=7; 2) 30-мин. ИПМ с последующей реперфузией в течение 48 ч, n=12 (контрольная группа); 3) 30-мин. ИПМ + 7 эпизодов 10 с реперфузии/ 10 с реокклюзии, n=11. Смертность оценивали на вторые сутки после проведения операции. Через 48 часов выживших животных подвергали эвтаназии путем декапитации. Преимущественную локализацию зон повреждения ГМ определяли на уровне перегородки промежуточного мозга, рострального и каудального отделов промежуточного мозга, а также рострального отдела среднего мозга при гистологическом исследовании послойных срезов ГМ с окрашиванием гематоксилином и эозином.

Результаты. В течение двух дней после операции в группе ложнооперированных животных не наблюдалось летальных исходов, каких-либо изменений в состоянии песчанок и проявлений повреждения в тканях ГМ при гистологическом исследовании. В контрольной группе смертность ко вторым суткам составила 33,3%, в группе ИПост - 54,5%, что достоверно выше, чем в контроле ($P<0,05$). Асимметричный характер повреждения ГМ у животных с ИПост наблюдался в 80,0%, что достоверно выше в сравнении с контролем (12,5%, $P<0,05$). В группе с применением ИПост наблюдался некроз клеток CA1, CA2, CA3, CA4, GD зон гиппокампа со сморщиванием и набуханием, гиперхроматозом и хроматолизом клеток, в то время как в контрольной группе некроз затронул, преимущественно, зоны CA1, CA3 гиппокампа. В обеих группах морфологические изменения были найдены в 100% случаев в зрительной коре и соответствующих подкорковых отделах, а повреждения в поясной извилине коры ГМ были обнаружены только у 40% выживших животных группы с применением ИПост.

Выводы. Таким образом, было установлено, что при продолжительной ишемии ИПост у монгольских песчанок не проявляет защитного действия, а приводит к асимметричному повреждению и вызывает гибель нейронов в зонах CA3, CA4, GD гиппокампа, наиболее устойчивых к ишемическому повреждению, а также к поражению нервной ткани в области поясной извилины.

АНАЛИЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СТРУКТУР ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГИПОПЕРФУЗИИ

Щербак Н.С., Выболдина Т.Ю., Митрофанова Л.Б., Баранцевич Е.Р., Шляхто Е.В.
ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.ААлмазова», Росмедтехнологии, Санкт-Петербург, Россия
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Ишемический инсульт является одной из наиболее важных причин инвалидизации и смертности в мире. В настоящее время не существует фармакологических препаратов с доказанным нейропротективным эффектом. Поэтому необходим дальнейший поиск защитных воздействий и объективных критериев оценки ишемического повреждения головного мозга (ГМ) как в эксперименте, так и при анализе клинических исследований. Постоянная билатеральная окклюзия общих сонных артерий у крыс является широко применяемой моделью

для изучения хронической церебральной гипоперфузии (ХЦГП). Тем не менее, результаты исследований с применением данной модели широко варьируют, а иногда и противоречат друг другу. Во многом это связано с условиями проведения эксперимента и критериями оценки эффективности нейропротективных воздействий.

Цель: провести гистологический анализ повреждения структур ГМ крыс линии Wistar при постоянной билатеральной окклюзии общих сонных артерий.

Материалы и методы. Работа проведена на крысах-самцах линии Wistar (питомник «Рапполово») массой 250-280 г в возрасте 20-24 нед. Животных содержали в стандартных условиях вивария при свободном доступе к воде и пище, при 12/12-часовом световом режиме. Общую анестезию проводили хлоралгидратом в дозе 450 мг/кг, в/б. ХЦГП моделировали одномоментной двухсторонней перевязкой общих сонных артерий (n=50). В группу ложнооперированных животных были включены крысы, которым под наркозом была проведена ложная операция без окклюзии общих сонных артерий (n=10). Хирургическая операция проводилась на операционном столике с температурой поверхности 37,0±0,5°С и под контролем ректальной температуры. До выхода из наркоза животных обогревали внешними источниками тепла. Животных, выживших к 8 суткам эксперимента, декапитировали для анализа структур ГМ. Проводили гистологический анализ фронтальных срезов ГМ на уровне передней комиссуры и дорсального гиппокампа с окраской гематоксилином и эозином.

Результаты. На восьмые сутки в группе ложнооперированных животных изменений в тканях ГМ обнаружено не было. К восьмым суткам в экспериментальной группе у выживших животных было обнаружено в 100% случаев повреждение хвостатого ядра, в 37,5% случаев повреждение таламуса, зон CA1, CA2, CA3, CA4 и GD гиппокампа в 100%, 24,6%, 100%, 12,9%, 24,6% случаев соответственно, и в 78,6% случаев повреждение 3-6 слоев фронтальной и париетальной коры. В других структурах ГМ, расположенных на уровне анализируемых срезов, повреждения обнаружено не было. В 40% случаев повреждение затрагивало только одно полушарие или характеризовалось различиями в степени повреждения обоих полушарий.

Выводы. Повреждение ГМ при моделировании хронической гипоперфузии путем постоянной билатеральной окклюзии общих сонных артерий характеризуется асимметричностью и различной устойчивостью структур ГМ к ишемическому повреждению. Это может объясняться дифференцированным ответом на блокирование кровотока в каротидном бассейне и, соответственно, разными приспособительными возможностями животных.

ЗАЩИТНЫЙ ЭФФЕКТ ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГИПОПЕРФУЗИИ У КРЫС

Щербак Н.С., Выболдина Т.Ю., Галагудза М.М., Баранцевич Е.Р., Шляхто Е.В.
ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова», Росмедтехнологии, Санкт-Петербург, Россия
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

В экспериментальных исследованиях доказано, что раннее и позднее ишемическое прекондиционирование (ИПК) обеспечивает выраженный нейропротективный эффект при ишемии головного мозга. В то же время, работ, посвященных изучению влияния ИПК на исходы хронической церебральной гипоперфузии (ХЦГП), нет. При моделировании ХЦГП у крыс условно выделяют три стадии течения патологического процесса: острую стадию (ишемии), хроническую и стадию восстановления кровотока.

Цель: оценить нейропротективный эффект раннего и позднего ИПК в острую стадию ХЦГП в эксперименте.

Материалы и методы. Работа проведена на крысах-самцах линии Wistar массой 250-280 г. Общую анестезию проводили хлоралгидратом в дозе 450 мг/кг, в/б. ХЦГП моделировали одномоментной двухсторонней перевязкой общих сонных артерий (группа ХЦГП, n=74). Раннее ИПК головного мозга воспроизводили путем создания трех 5-мин. эпизодов ишемии-реперфузии двух общих сонных артерий с последующим моделированием ХЦГП (группа рИПК, n=40). В группу позднего ИПК (пИПК) входили животные, которым проводили три 5-ти минутных эпизода ишемии-реперфузии, 24 ч реперфузии и далее моделирование ХЦГП (n=20). В группу ложнооперированных животных (ЛО, n=10) были включены крысы, которым под наркозом была проведена ложная операция без окклюзии общих сонных артерий. Смертность оценивали по прошествии 48 часов после моделирования ХЦГП.

Результаты. К 48 ч после операции смертность в группе ЛО отсутствовала. В острую стадию ишемии, т. е. к 48 ч смертность в группах рИПК и пИПК составила 25,0% и 27,3% соответственно, что достоверно ниже, чем в группе ХЦГП (52,7%, $p<0.05$).

Выводы. В результате проведенных экспериментов показано, что применение раннего и позднего ИПК приводит к значимому уменьшению смертности в острую фазу ХЦГП, т. е. обладает нейропротективным эффектом.

ОПТИМИЗАЦИЯ САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Юсупходжаев Р.В., Евдокимов В.М.
Санаторий «Барнаульский», Барнаул, Россия

Цель исследования: определить наиболее эффективную программу реабилитации больных инфарктом миокарда (ИМ) на санаторном этапе.

Материал и методы. Было обследовано 109 пациентов, получавших лечение в санатории «Барнаульский». Больные были разделены на три группы: в первой (39 чел.) - проводились занятия ЛФК и велотренировки, во второй (35 чел.) - применялись тредмилтренировки, в третьей (35 чел.) - тредмилтренировки и сеансы биологической обратной связи на аппарате БОСЛАБ. Использовались следующие методики: тест Спилбергера-Ханина, сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ), качества жизни по тесту (SF-36).

Результаты. При поступлении в санаторий реактивная тревожность во всех группах была низкой. Показатели личностной тревоги (ЛТ) были высокими в 1-ой и умеренными во 2-ой и 3-ей группах. При выписке из санатория в 1-ой и во 2-ой группах по сравнению с началом лечения достоверных изменений не произошло. В конце лечения средний показатель ЛТ снизился во второй группе по сравнению с поступлением (с 43,8±1,4 до 39,4±1,3 балла; $p<0,05$). По тесту «SF-36» низкие показатели выявлены по шкалам: «общее здоровье», «физическая роль», «эмоциональная роль». После курса лечения отмечается положительная динамика показателей качества жизни в 1-ой и во 2-ой группах. При выписке в 1-ой группе по тесту «SF-36» показатели качества жизни увеличились по сравнению с началом лечения по шкале жизнеспособность, во 2-ой группе по шкалам: «физическая роль», «эмоциональная роль», «самооценка психического здоровья». До лечения по тесту СМОЛ усредненный личностный профиль у пациентов во всех группах был расположен в пределах нормативного «коридора». При выписке во всех группах показатели личностного профиля не изменились по сравнению с началом лечения.

Таким образом, наиболее эффективным является применение тредмилтренировок у больных ИМ.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Ющенко М.В., Козленок А.В., Крутиков А. Н., Новик Г.А., Гудкова А.Я.
ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова», Росмедтехнологии, Санкт-Петербург, Россия
СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт- Петербург, Россия,
Санкт-Петербургская государственная педиатрическая академия, Россия.

Введение. Гипертрофическая кардиомиопатия относится к числу наследственных заболеваний миокарда и нередко носит семейный характер. Отличаясь выраженной гетерогенностью проявлений, ГКМП может дебютировать в любом возрасте, но наиболее тяжело протекает у детей. Одной из неотъемлемых характеристик заболевания является первичная диастолическая дисфункция миокарда. Рутинным методом оценки диастолической функции является эхокардиография.

Цель. Сравнить показатели диастолической функции (ДФ) миокарда желудочков у детей и взрослых с гипертрофической кардиомиопатией по данным Доплер-ЭХОКГ.

Материалы и методы. В исследование были включены 25 пациентов с ГКМП из Санкт-Петербурга, Россия (13 из них - дети и подростки в возрасте от 5 лет до 21 года - 9 мальчиков и 4 девочки; и 12 взрослых в возрасте от 32 до 63 лет - 9 мужчин и 3 женщины). Обструктивная форма ГКМП имела место в 20 случаях (80%). У 14 (6 детей и 8 взрослых) пациентов заболевание носило семейный характер, в остальных случаях считалось спорадическим. В 3 случаях обследуемые пациенты с ГКМП (7 человек) представляли разные поколения одной семьи (взрослый и его ребенок / племянник). Оценка диастолической функции миокарда желудочков выполнялась согласно рекомендациям ASE 2009 с использованием показателей трансмитрального потока - mitral inflow: MV E/A, MV A duration, Deceleration Time; кровотока в легочных венах - pulmonary venous flow: PVein A velocity PVein Ar duration, и тканевого Доплера TDI - Tissue Doppler annular early and late diastolic velocities - MV e' lat., sept. velocities, E/e' (lat., sept., average); TV e'/a'; а также индекса объёма левого предсердия и расчетного давления в легочной артерии. Полученные данные были проанализированы с помощью двустороннего варианта точного критерия Фишера. Различия считались статистически значимыми при $p<0.05$.

Результаты. При интегральной оценке показателей, диастолическая дисфункция миокарда желудочков была выявлена у 11/13 детей (85%) и 7/12 взрослых пациентов (58%) с ГКМП (p=0.09). У детей ДДФЛЖ во всех случаях была представлена 2 типом (псевдонормальный трансмитральный кровоток), у взрослых - как 1 так и 2 (ригидный и псевдонормальный). В 4 случаях (у 2 детей и 2 взрослых) наблюдалось сочетание диастолической дисфункции левого и правого (ДДФПЖ) желудочков. Изолированная ДДФПЖ была выявлена только в детской группе у 4 пациентов.

В 1 случае имели место неполные признаки ДДФЛЖ, в трёх - отсутствие признаков ДДФ при наличии увеличения объёма левого предсердия и увеличении давления в легочной артерии.

При изучении ЭХОКГ пациентов разных поколений одной семьи особенности ультразвуковой картины, в том числе и наличие или отсутствие диастолической дисфункции миокарда, носили сходный характер в каждом из 3 случаев.

Выводы. Несмотря на отсутствие статистически значимых различий между группам детей и взрослых, ДДФ при ГКМП имеет возрастные особенности, и отличается более тяжелыми нарушениями при дебюте заболевания в детстве (рис. 1).

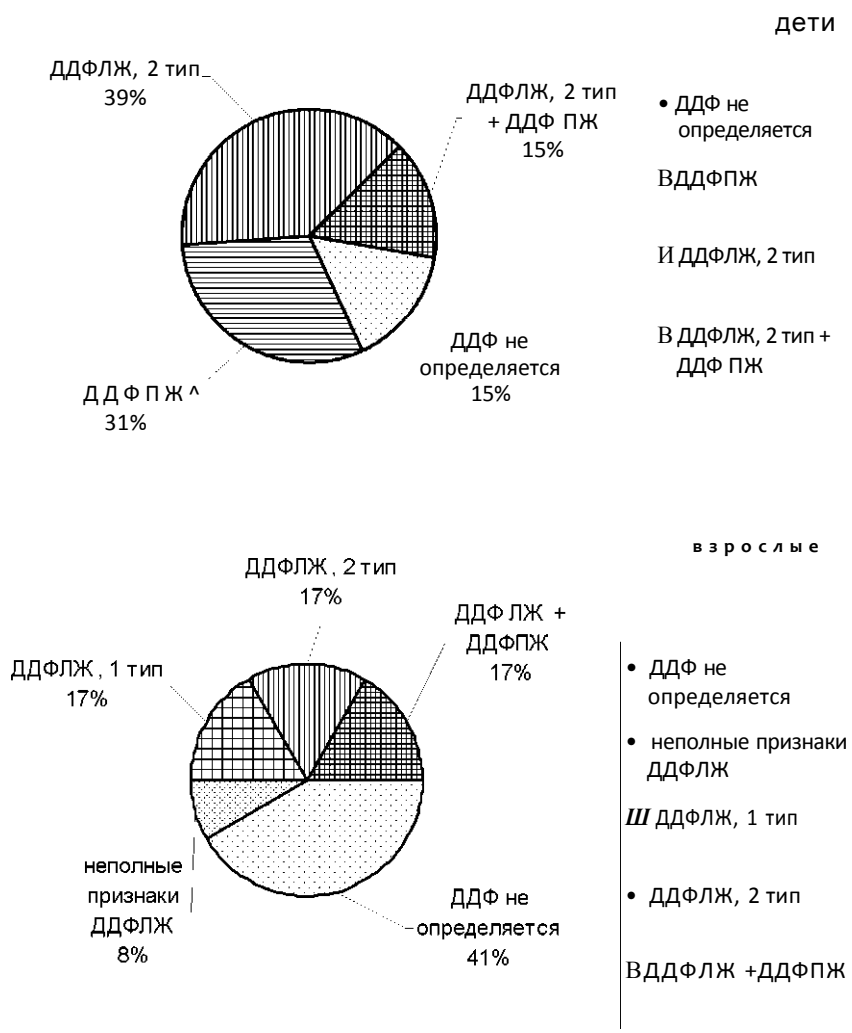


Рисунок 1. Структура нарушений диастолической функции миокарда желудочков у детей и взрослых с ГКМП.

У пациентов с семейной формой ГКМП, нарушение диастолической функции имеет внутрисемейные особенности, т.е. зависит от генетической природы заболевания.

Выявление пациентов с противоречивыми показателями диастолической функции миокарда определяет необходимость применения дополнительных методов исследования, таких как МРТ сердца.

АНАЛИЗ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ НЕСТАБИЛЬНОЙ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОИ БЛЯШКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕНИ ПРОВЕДЕНИЯ КОРОНАРОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Ярош В.Б., Яковлев В.Б., Бубнов А.Р., Дорохова О.В. Ерошкин И.А., Ерошенко А.В.
Филиал №2 ГВКГ им. Н.Н. Бурденко МО РФ, г. Одинцово,
ГИУВ МО РФ г. Москва, Россия.

Цель исследования. Определить имеется ли взаимосвязь между частотой выявления нестабильной атеросклеротической бляшки (НБ) в коронарных артериях (КА) и временем выполнения коронарографии (КАГ) от момента поступления в стационар, что может облегчать принятие решения о реваскуляризации при поражении двух, трех и более КА.

Материалы и методы. Ретроспективно изучены данные историй болезни 180 пациентов с подтвержденным диагнозом ОКС без подъема ST, у которых с момента поступления в стационар имелись признаки высокого риска развития неблагоприятного исхода согласно рекомендаций AHA/ACC по Нестабильной стенокардии и ИМ без подъема ST от 2007 года. Всем пациентам выполнена КАГ. Средний возраст составил 64,5+10,8 лет. Основную группу пациентов 79% составляли мужчины в возрасте от 39 до 89 лет. С первых суток начата консервативная терапия: 100% пациентов получали аспирин 125-500 мг внутрь, гепарин 1000 ЕД/час под контролем АЧТВ от 50 до 90 сек; 98% пациентов получали нитроглицерин в/в от 8-60 мкг/мин; клопидогрель получало 78 % пациентов; В-блокаторы применялись по показаниям и при отсутствии противопоказаний в 74% случаев; и-АПФ 45% пациентов; статины применялись у 80% больных.

Результаты. Всего из 180 пациентов включенных в исследование у 104 (59%) пациентов выявлены признаки НБ. 33 пациентам выполнена КАГ в экстренном порядке в течении 2-х часов от момента поступления в стационар, из которых у 24 (73%) больных выявлены признаки НБ. Из 45 пациентов, которым КАГ выполнена в сроки от 2-х до 24 часов, НБ выявлена у 33 (73%) больных. 23 пациентам КАГ выполнена в промежутке времени с 24 до 48 часов от момента поступления, НБ выявлена у 14 (61%) больных. КАГ в сроки более 48 часов от момента поступления выполнена 79 пациентам, из них у 35 (44%) больных выявлена НБ. Достоверность различия между четырьмя группами исследованных больных по выявлению НБ в зависимости от времени выполнения КАГ составила x^2 =13,4672, p=0,0037. У 108 (60%) пациентов выявлено поражение трех и более КА. Поражение двух КА выявлено у 38 (21%) пациентов, у остальных 34 (19%) была поражена одна КА. У 68% пациентов имевших поражение более двух КА выявлена НБ при выполнении КАГ в сроки до 48 часов от момента поступления в стационар. Из 104 пациентов у кого выявлены признаки НБ, у 56 (54%) имелось поражение трех и более КА, у 28 (27%) поражение двух КА.

Заключение. У значительной части пациентов с ОКС без подъема ST имеющих факторы высокого риска неблагоприятных исходов при КАГ выявляется поражение двух и более КА. Проведение КАГ в первые 48 часов от поступления в стационар позволяет выявлять НБ в 1,6-1,4 раза чаще, чем при проведении исследования в более поздние сроки. Более ранее проведение КАГ у пациентов с ОКС без подъема сегмента ST, имеющих факторы высокого риска развития неблагоприятных исходов, позволяет чаще выявлять по ангиографическим признакам НБ в КА, что является важным вспомогательным фактором, способствующим выявлению причинно-связанной артерии у пациентов с поражением двух, трех и более КА.

ДИНАМИКА ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА ST ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ ТАКТИК

Ярош В.Б., Яковлев В.Б., Бубнов А.Р., Ерошкин И.А., Ерошенко А.В., Дорохова О.В.
Филиал №2 ГВКГ им. Н.Н. Бурденко МО РФ, г. Одинцово,
ГИУВ МО РФ г. Москва, Россия.

Цель исследования. Изучить динамику эхокардиографических (ЭхоКГ) показателей у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) без подъема сегмента ST в группах: 1-я - ранней интервенционной тактики (рентгенэндоваскулярное вмешательство (РЭВ) в первые 48 часов от момента поступления в стационар), 2-я - ранней консервативной тактики с последующей РЭВ или КШ от 48 часов до 1,5 месяцев от момента поступления), 3-я - консервативной тактики.

Материалы и методы. В анализ было включено 254 пациента, у которых были выявлены признаки высокого риска развития неблагоприятных осложнений согласно рекомендаций AHA/ACC по Нестабильной стенокардии и ИМ без подъема ST от 2007 года. Из исследования исключались пациенты с ранней

постинфарктной стенокардией на фоне течения Q инфаркта миокарда. В возрасте от 39 до 89 лет Me 67 [58;73]. Мужчин 191 (75%), женщин 63 (25%). 92 (36%) пациента вошли в 1 группу, 73 (29%) во 2 группу; 89 (35%) в 3 группу. Значимых различий по: возрасту, полу, инфаркту в анамнезе, АГ, сахарному диабету, КШ и стентированию в анамнезе - между группами не выявлено. При поступлении ИМ без Q выставлен: в 1 группе у 42 (46%) больных, что и послужило поводом для выбора более агрессивной тактики; во 2 группе 13 (18%); в 3 у 21 (24%) больного (различия между группами $p<0,005$). С первых суток всем пациентам начата статически не различающаяся терапия: аспирин, гепарин в/в, нитроглицерин в/в, В-блокаторы; и-АПФ и статины. Клопидогрель статистически значимо с 1 суток чаще получали пациенты 1 и 2 группы ($p<0,0005$).

Результаты. Изучение показателей фракции выброса (ФВ) при поступлении в стационар и выписке из него выявило значимое повышение ФВ в динамике только у пациентов 1 группы (Т-81, $p<0,0005$). Так в этой группе из 6 пациентов с исходной градацией ФВ <40%, у 3 в динамике отмечено повышение показателя с переходом в градацию ФВ>40<52%, у 1 отмечен переход в градацию ФВ>52%. Из 30 пациентов с исходной градацией ФВ>40<52%, у 19 отмечена нормализация показателей ФВ>52%. При изучении динамики градации ФВ во 2 группе из 2 пациентов с исходным снижением ФВ <40%, у 1 отмеченно повышение градации до ФВ>40<52%. Из 23 больных отнесенных к градации ФВ>40<52%, у 6 отмечена нормализация показателей до ФВ>52%. Из 48 пациентов с нормальной ФВ исходно, у 3 отмечено снижение ФВ с переходом в градацию ФВ>40<52% за счет развившихся инфарктов, что и послужило поводом для проведения экстренной реваскуляризации. В 3 группе из 10 пациентов отнесенных к градации ФВ<40%, у 2 выявлен переход в градацию ФВ>40<52%. Из 15 пациентов с градацией ФВ>40<52% повышение градации до ФВ>52% выявлено у 2 больных. Понижения градации ФВ не выявлено, однако в 3 группе была статистически более значимой госпитальная летальность ($p_{1-3}=0,038$), во 2 группе летальных исходов не было, однако статистически более значимо чаще развивались ИМ чем в 1 группе ($p=0,008$).

Заключение. Проведение РЭВ в первые 48 часов от поступления в стационар способствует повышению ФВ ЛЖ у пациентов с ОКС без подъема сегмента ST при наличии факторов высокого риска развития неблагоприятных исходов.

ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ

Kang UK. 80
Szili-Torok T. 68

А
Абашкина Е.В. 95, 96
Абдуллаева Г.Ж. 118
Абидова Д.Э. 64, 113
Абрамов М.Л. 3, 68
Авдеева Е.А. 34
АвдонинаН.Г. 99
Агасиян А.Л. 92
Агафонов А.В. 16
Азанов Б.А. 88, 91
Азаров Я.Э. 72
Азимова Н.А. 64
Акимова Е.В. 3
Акинина Л.И. 51
Акинина С.А. 53
Алексеев В.А. 90
Алексеева О.В. 16
Аминов А.А. 13, 64
Анарбаева М.Р. 14
Андреева Т.С. 61
Андреичев Н.А. 5, 6, 20
Андреичева Е.Н. 4
Анисимов С.В. 7
Анищенко Л.И. 51, 53
Антонов С.И. 37
Антонова Т.В. 56
Антонович Н.И. 121
Антонченко И.В. 8
Анциферова Ю.С. 27, 60
Архипов М.В. 12
Астахова М.А. 7
Афиногенова Г.Н. 121

Б
Бабокин В.Е. 8, 9
Багненко С.Ф. 9, 10
Баженов А.Н. 11
Баженова Е.А. 11, 122
Баженова О.П. 11
Базилевич И.А. 35, 73
Бакулева Т.А. 12
Балеева Л.В. 13, 31
Баранова Е.И. 11, 122
Баранцевич Е.Р. 32, 33, 38, 132, 133
Барбарич В.Б. 115
Бармашева А.А. 23
Барт В.А. 74, 75
Башлакова Е.Е. 96
Башнина Е.Б. 19, 131
Безруков Л.А. 13
Бекбулатова И.Р. 14, 64, 113
Белокопытова Н.В. 97
Белоногов Д.В. 40, 41
Белявский А.Р. 53
Беляева О.Д. 11, 122
Бердников Д.В. 49
Березина А.В. 11
Беркович О.А. 11, 122
Билан Н.В. 53
Билибина А.А. 7
Билоус В.В. 13
Блинова Н.И. 83
Богатова И.К. 22
Богомолов А.Н. 47
Бойко Е.Л. 15
Бойков А.А. 30, 38
Бойчук Р.Р. 13
Большакова О.О. 99, 122
Бондаренко Б.Б. 74
Борель К.Н. 22, 35
Борзилова Ю.А. 111
Борзова Н.Ю. 65, 98, 120
Бородин Н.В. 90
Боянкова Н.М. 47
Бубнов А.Р. 136
Бузлама А.В. 15
Буркова Т.Н. 47

В
Вайкшнорайте М.А. 72
Вандер М.А. 67
Васильева И.А. 22, 61
Васильева О.Н. 110
Велиев С.Н. 121
Верцинский Е.К. 88, 91
Вершинин А.С. 127
Веселенко М.И. 106, 107, 108, 109
Викторова Е.В. 46
Воевода М.И. 121
Волкова А.В. 16
Волкова М.Г. 18, 111
Волкова С.Ю. 17
Воробьева В.М. 84
Воротняк Т.М. 13
Ворохобина Н.В. 19
Выболдина Т.Ю. 132, 133

Выговский А.Б. 104

Г
Гайденко Г.В. 90
Галагудза М.М. 132, 133
Галеева З.М. 6, 19, 20, 31
Галимзянов Х.М. 87
Галявич А.С. 21
Галявич Р.А. 21
Гарганеева А.А. 22, 35, 73
Гасанова Д.Д. 42
Гафаров В.В. 3
Гизатулина Т.П. 34
Гладких Н.Н. 9
Головкина О.А. 22
Голубев А.В. 40
Гончарова Е.И. 95, 96
Горбенко П.И. 12
Горбунов Ф.Е. 113, 114
Горожанина Т.З. 119
Горюнова Е.Н. 7
Григорьев А.Ю. 84
Гринева Е.Н. 80
Гришина И.Г. 113, 114
Гудкова А. 25
Гудкова А.Я. 23, 24, 56, 134
Гуженко М.Д. 95, 96
Гуреев С.В. 3, 68, 103

Д
Давыдов С.И. 99, 100
Дементьева Е.В. 113, 114
Джебраилова А.Т. 49
Дикарев К.В. 26
Дмитриева Р.И. 7
Дорофеева Н.К. 27
Дорохова О.В. 136
Дрозд А.В. 55
Дюжев Ж.А. 28

Е
Евдокимов В.М. 134
Егин Н.В. 99
Елизаров А.Ю. 29
Елисеева М.Р. 118
Елохин В.А. 29
Ельчинская Л.Э. 38
Емельянова Т.В. 29
Ерошенко А.В. 136
Ерошкин И.А. 136
Ершов Т.Д. 29

Ж
Жлоба А.А. 57
Жуков В.А. 30

З
Завадовский К.В. 30
Заварин В.В. 83
Загатин М.М. 70
Закирова В.Б. 13, 31
Заманов Д.А. 37
Зарицкий А.Ю. 7
Зарудский А.В. 74
Зевахин С.В. 32, 33
Зеленина Т.А. 62
Земцовский Э.В. 58, 59
Зинин М.И. 34
Зинланд Д.А. 95, 96
Зубарев Е.И. 34
Зяблов Ю.И. 22, 35, 73

И
Иваненко В.В. 36, 63, 99
Иваницкая Ю.В. 37
Иваницкий Э.А. 37
Иванов В.В. 38
Иванов С.В. 42
Иванова Е.В. 88, 91
Иванова И.Л. 38
Иванова Н.Е. 51, 53
Иванова Т.Г. 11
Иоакимова К.Г. 90

К
Казанцева А.С. 34
Казымлы А. 99
Кандинский А.В. 99
Канидьева А.А. 68
Каравани А.В. 11
Каронова Т.Л. 11
Карпенко М.А. 124
Карпов Р.С. 85
Касимцева Т.А. 37
Катышева Н.С. 40
Каштальян О.А. 39
Кийко О.Г. 29
Кильдиярова Р.Р. 38
Кириенко Ю.А. 93
Клепикова М.В. 124
Климкин А.А. 55
Клычева М.М. 16
Князев А.Н. 82
Ковалев И.А. 30
Козленок А. 25
Козленок А.В. 134
Козлов С.В. 12
Козлова С.Н. 40
Колбасов С.Е. 90
Колесова Е.П. 36, 99
Коломейченко Н.А. 82
Колунин Г.В. 40, 41
Комарец С.А. 95, 96
Конради А.О. 36, 61, 62, 63, 99
Константинова И.В. 49
Коростовцева Л.С. 99
Короткова О.Е. 62
Костарева А.А. 7
Костоглодов Ю.К. 42
Красильникова А.К. 16
Криночкин Д.В. 41
Кропоткин Е.Б. 37
Крошкина Н.В. 69
Крутиков А.Н. 56, 134
Крылова Ю.С. 40
Кудряшова А.В. 42, 77, 117
Кузнецов В.А. 3, 40, 41
Кузнецов М.В. 29
Кузнецов Р.А. 44
Кузнецова И.А. 23, 24, 43
Кузьменко Г.Н. 28, 44, 70, 87, 119
Куимов А.Д. 115
Куликова Н.Ю. 45
Кумачёва Е.С. 106, 107, 108, 109
Курашова О.Н. 46
Курбанова Д.Р. 118
Курочкина О.Н. 47, 48, 49
Кухарчик Г.А. 49

Л
Ларёва Н.В. 50
Лебедев Д.С. 3, 34, 51, 55, 67, 68, 76, 78, 103, 104, 105
Лебедев И.А. 51, 52, 53, 54
Лебедева В.К. 34, 104
Лебедева Е.В. 71
Левин А.В. 113, 114
Левшанков А.И. 29
Лелявина Т.А. 55
Ленцик Ю.Р. 34
Леухненко И.Н. 55
Липченко А.А. 12, 55
Лишманов Ю.Б. 30
Ломидзе Н.Н. 84
Лузина Е.В. 50
Лукина А.Е. 11
Лымарь Ю.В. 56

М
Маевская Е.Г. 57
Мазуров В.И. 9, 125, 126
Майская М.Ю. 26
Максимов А.И. 58
Малашенко А.В. 90
Малев Э.Г. 58, 59
Малышкина А.И. 28, 60, 61, 69
Малютина С.К. 78
Мамонтов О.В. 61, 62, 63
Мамутов Р.Ш. 14, 64, 113
Манис С.С. 65
Маринин В.А. 76
Марков В.А. 58, 85, 86, 97, 130
Машек О.Н. 127
Мелиоранская Е. 25
Мелиоранская Е.И. 24
Мельн И.А. 7
Милованова Е.В. 65, 66
Минаков Э.В. 7
Минуллина И.Р. 7
Митрофанов Н.А. 49, 78
Митрофанова Л.Б. 26, 78, 103, 132
Михайлов Е.Н. 3
Михайлов Е.Н. 67, 68
Можаева Т.А. 69
Молчанова Ж.И. 52
Москвина Е.А. 105
Моссэ К.А. 76
Мясоедова С.Е. 85

Н
Назаров С.Б. 16, 44, 70, 87, 105, 116, 120
Назарова А.О. 16, 120
Накатис Я.А. 70
Недошивин А.О. 75
Незнанов Н.Г. 40
Нестеров Ю. И. 80
Никитин Ю.П. 78
Никитина В.В. 57
Никифоров В.С. 112
Николаев В.И. 29
Николаева О.Н. 30
Николайчук Е.И. 11
Нифантов С.Е. 56
Новик Г.А. 134
Нонка Т.Г. 71
Норкина А.Ю. 29

О
Обердерфер Р.И. 115
Овечкин А.О. 72
Окишева Е.А. 72
Округин С.А. 22, 35, 73
Олейник А.Д. 74
Омельченко М.Ю. 74
Орлова Н.В. 123, 124
Орлова О.В. 75
Осадчий А.М. 76
Осадчук Т.В. 76
Осипов А.И. 47, 48
Оюнаров Э.О. 85, 86

П
Павлов А.В. 40, 41, 46
Павлова А.М. 49
Павлюкова Е.Н. 9
Панова И.А. 42, 77, 117
Папаян Г.В. 80
Пармон Е.В 78
Пелло Е.В. 78
Перетятко Л.П. 44, 65
Петренко В.М. 79
Петрищев Н.Н. 80
Печкуров А.Л. 32, 33
Плотникова Е.В. 93
Повзун А.С. 9, 10
Подоксенов Ю.К. 29
Полтавцева О. В. 80
Полякова А. 25
Полякова А.А. 24
Попов С.В. 8, 130
Попова А.Н. 48
Попова И.Г. 15, 44, 45, 70, 87, 119
Посисеева Л.В. 16, 27, 85
Праскурничая Н.А. 81
Праскурничий Е.А. 81, 82
Пристромова Л.В. 37
Просвирнина М.С. 83
Проценко Е.В. 65, 128
Прудкая Ю.Г. 48
Пустотина З.М. 50
Пынько Н.П. 37

Р
Радьков О.В. 83
Ревишвили А.Ш. 84
Реева С.В. 58, 59
Репин А.Н. 71
Роговская Ю.В. 9
Рокотянская Е.А. 85
Ротарь О.П. 36, 99, 124
Румянцева Н.В. 76
Рутенко С.В. 106, 107, 108, 109
Рыбакова М.Г. 23, 24, 43
Рыкова И.В. 95, 96
Рябинина И.В. 16
Рябов В.В. 58, 85, 86, 130
Рябова Т.Р. 86

С
Садретдинов Р.А. 87
Сазонова Ю.В. 61
Сакович В.А. 37

Салдуева О.В. 95, 96
Самсонова Т.В. 87
Сапегин А.А. 89, 92
Саушкин В.В. 30
СвиридоваН.В. 68
Свирко Ю.С. 29
Седова К.А. 72
Семернин Е. 25
Семернин Е.Н. 23, 24
Семиголовский Н.Ю. 70, 88, 89, 90, 91, 92
Сергиенко Т.Н. 71
Симонова Г.И. 78
Ситникова М.Ю. 55
Ситникова О.Г. 16, 44, 70
Скородок Ю.Л. 93
Случек Н.И. 30
Смазнов В.Ю. 3
Соколова Е.А. 93
Сокольник В. П. 94
Соловьев К. 25
Сотникова Н.Ю. 15, 22, 27, 61, 69, 77, 98, 117
Спирина К.С. 106, 107, 108, 109
СпирякинаЯ.Г. 123
Старченко А.А. 95, 96
Сулимов В.А. 72
Суслова Т.Е. 130
Сушинский В.Э. 96
Сыркина А.Г. 97
Сычева Т.В. 111

Таланова И.Е. 98
Таничева А.А. 99
Тарасов А.А. 99, 100
Тарасова О.В. 7, 95, 96
Татаринова А.А. 100, 101, 102
Татарский Р.Б. 51, 103, 104, 105
Тепляков А.Т. 80
Тимофеев Е.В. 58, 59
Титков А.Ю. 70, 92
Титков Ю.С. 70
Тихомирова О.В. 105
Тодиева А.М. 93
Топоркова М.Г. 55
Трегубов В.Г. 106, 107, 108, 109
Третьякова Е.Н. 95, 96
Трешкур Т.В. 78, 101, 109
Тринитатский И.Ю. 110
Тринитатский Ю.В. 18, 111
Трофимов В.Ю. 38
Трофимова Е.А. 80
Трукшина М.А. 34, 55
Тупиленко О.П. 52
Тютин А.Р. 112

У
Ураков В.Л. 46
Урванцева И.А. 65, 66
Уринов О.У. 14, 64, 113
Уханова Т.А. 113, 114
Ухватова Е.А. 74

Ф
Фёдоров А.В. 37
Федотов Ю.Н. 32, 33
Фетисова Е.А. 84
Фетисова И.Н. 28
Филиппова О.А. 115
Филькина Е.В. 116
Фирсова Н.В. 74
Фроленкова И.А. 38
Фролова М.В. 117

Х
Хавка Н.Н. 123
Хамидуллаева Г.А. 117, 118
Хамидуллина А.Р. 21
Хандожко Е.А. 7
Харац В.Б. 40, 41
Харламова Н.В. 119
Хитрых Ж.Е. 120
Хмель Р. Д. 94
Хомутинин Д.Н. 34
Хорошилова А.Г. 128

Ц
Царегородцев А.П. 37
Царегородцев Д.А. 72
Цигулева О.А. 121

Ч
Чаша Т.В. 45, 119, 128
Челобанов Б.П. 121
Чернышев А.А. 30
Чмелевский М.П. 109
Чубенко Е.А. 122
Чукаева И.И. 123, 124
Чухина С.И. 15

Ш
Шаалали Ю.С. 60
Шабалина А.А. 47
Шавловский М. 25
Шавшин Д.А. 124
Шальнев В.И. 125, 126
Шарипова М.М. 19
Шевченко И.А. 127
Шевчук Н.А. 121
Шерман М.А. 93
Шилова Н.А. 128
Шипулин В.М. 8, 29
Ширяева Л.И. 128, 129
Шишнева Е.В. 29
Шляхто Е.В. 11, 23, 40, 56, 61, 62, 63, 132, 133
Шмонин А.А. 83
Штатолкина М.А. 130
Шурупов В.С. 86, 130
Шуцкая Ж.В. 19, 131

Щ
Щемелева Е.В. 10
Щербак Н.С. 132, 133

Ю
Юсупходжаев Р.В. 134
Ющенко М.В. 134

Я
Яковлев В.Б. 136
Яковлева Ю.С. 7
Ярош В.Б. 136