



БЮЛЛЕТЕНЬ

ФЦСКЭ им. В. А. Алмазова

ТЕЗИСЫ

III Всероссийской научно-практической
конференции с международным участием
«Некоронарогенные заболевания сердца:
диагностика, лечение, профилактика»

15-16 сентября 2011 года

Санкт-Петербург

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

Санкт-Петербург
2011

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

Главный редактор

Е.В. Шляхто

Editor-in-Chief

E. Shlyakhto

Зам. главного редактора

А.О. Конради

М.А. Карпенко

Vice-editors

A. Konradi

M. Karpenko

Секретарь

Н.Г. Авдонина

Secretary

N. Avdonina

Члены редакционной коллегии

Е.И. Баранова (Санкт-Петербург)

Е.Р. Баранцевич (Санкт-Петербург)

В.А. Барт (Санкт-Петербург)

О.А. Беркович (Санкт-Петербург)

В.Н. Вавилов (Санкт-Петербург)

М.М. Галагудза (Санкт-Петербург)

Е.Н. Гринева (Санкт-Петербург)

М.Л. Гордеев (Санкт-Петербург)

И.Е. Зазерская (Санкт-Петербург)

А.Ю. Зарицкий (Санкт-Петербург)

Э.В. Земцовский (Санкт-Петербург)

Д.О. Иванов (Санкт-Петербург)

Т.Л. Каронова (Санкт-Петербург)

М.А. Карпенко (Санкт-Петербург)

А.А. Костарева (Санкт-Петербург)

Д.И. Курапеев (Санкт-Петербург)

О.М. Моисеева (Санкт-Петербург)

А.О. Недошивин (Санкт-Петербург)

А.В. Рудакова (Санкт-Петербург)

Г.Н. Салогуб (Санкт-Петербург)

В.Н. Солнцев (Санкт-Петербург)

Л.А. Сорокина (Санкт-Петербург)

В.А. Цырлин (Санкт-Петербург)

Editorial board

E. Baranova (St. Petersburg)

E. Barancevich (St. Petersburg)

V. Bart (St. Petersburg)

O. Berkovich (St. Petersburg)

V. Vavilov (St. Petersburg)

M. Galagudza (St. Petersburg)

E. Grineva (St. Petersburg)

M. Gordeev (St. Petersburg)

I. Zazerskaya (St. Petersburg)

A. Zaritskii (St. Petersburg)

E. Zemtsovskiy (St. Petersburg)

D. Ivanov (St. Petersburg)

T. Karonova (St. Petersburg)

M. Karpenko (St. Petersburg)

A. Kostareva (St. Petersburg)

D. Kurapeev (St. Petersburg)

O. Moiseeva (St. Petersburg)

A. Nedoshivin (St. Petersburg)

A. Rudakova (St. Petersburg)

G. Salogub (St. Petersburg)

V. Solntsev (St. Petersburg)

L. Sorokina (St. Petersburg)

V. Tsirlin (St. Petersburg)



Федеральный Центр
сердца, крови и эндокринологии
им. В. А. Алмазова

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

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

Издательство:
«ФОНД ВЫСОКИХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ»
Адрес: 194156, Санкт-Петербург, пр. Пархоменко,
д. 15, лит.Б.
Телефоны издательства: (812) 702 37 16, 702 37 34

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.

АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Абдуллаев Т.А., Цой И.А., Марданов Б.У.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан.

Цель. Изучение распространенности анемии (А) среди больных дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) и ее влияние на течение основного заболевания.

Материал и методы. проведен ретроспективный. Был анализ данных по 210 (44,3±15,16 лет) больным ДКМП. А устанавливалась согласно определению ВОЗ, которая выявлена у 47 больных (Hb крови 11,35±1,16 г/дл) - I группа. II группу (n=46, Hb 14,4±0,28 г/дл) составили больные без анемии. Изучались данные объективного осмотра, теста шестиминутной ходьбы (ТШХ), трансторакального эхокардиоскопического (ЭхоКС) исследования и биохимических анализов.

Результаты. Как уже было указано, А различных степеней была выявлена у 47 (22,4%) больных. А в 2 раза чаще регистрировалась у мужчин (31/16), однако у женщин оказалась более выраженной (дефицит Hb составил 15%). Больные I группы характеризовались более низкой толерантностью к физической нагрузке по результатам ТШХ (235,8±18,4м и 312,3±13,2м соответственно, $p<0,05$). При оценке средних значений систолического артериального давления (САД), выявлено, что у больных с анемией среднее САД оказалось ниже аналогичного показателя группы сравнения на 9% (97,5±1,5 и 107,1±2,4мм рт. ст., $p<0,05$). Больные ДКМП с А характеризовались более высокими значениями КДО и КСО ЛЖ, превышавшие аналогичные показатели в группе сравнения на 0,6% и 2,5% соответственно, определяющих относительно низкую ФВ ЛЖ (36,7±2,3% и 40,4±2,7%, все $p<0,05$). Проведение однофакторного корреляционного анализа выявила достоверную обратную взаимосвязь уровня Hb с проходимой дистанцией, составившей 235,8±18,4м ($r=-0,3438$; $p=0,04$). Изучение кардиальной функции показало, что средняя ФВЛЖ больных с анемией составляла 36,7±2,3% также имела непрямую корреляционную связь с выраженностью анемии ($r=-0,37$, $p=0,03$). Была выявлена достоверная обратная взаимосвязь между уровнем Hb и показателями функции почек (креатинином плазмы, составившей 125,25±75,76 мкмоль/л, $r=-0,58$; $p=0,03$, и мочевиной - 9,62±4,16 ммоль/л, $r=-0,34$; $p=0,05$). При этом СКФ, составившая в среднем, 68,25±29,46мл/мин/1,73м² также прямо коррелировала с уровнем Hb ($r=0,33$, $p=0,05$).

Таким образом, в нашем исследовании распространенность А среди больных ДКМП составила 22,4%. Больные ДКМП и А характеризуются низкой ТФН и худшей сократительной способностью ЛЖ. Также выявлено, что сопутствующая А у больных ДКМП коррелирует с ухудшением отдельных биохимических показателей.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ДКМП ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ

Абдуллаев Т.А., Ахматов Я.Р., Нагаева Г.А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан.

Цель: Изучить особенности клинико-биохимических показателей крови ДКМП с преимущественным поражением правых отделов сердца (ПЖ ДКМП) и при бивентрикулярной сердечной недостаточности (би-СН).

Материал и методы: За период с 1998 по 2011гг в клинике РСЦК обследовано 290 больных: в 20 (6,89%) случаях была выявлена ПЖ ДКМП – 1 гр. (из них муж. - 5 (25%), а жен. – 15 (75%)). 2 гр. составили 20 пациентов с би-СН (из них 14 (70%) – муж. и 6 (30%) – жен.). Всем пациентам проводили физикальный осмотр по ШОКС, тест 6-минутной ходьбы (ТШХ) с оценкой длины пройденной дистанции (ДПД), а также общий анализ крови, биохимический анализ (БАК) с оценкой уровня С-реактивного белка (СРБ) и липидный спектр крови (ЛСК). Различия считали статистически достоверными при $p<0,05$.

Результаты: Hb крови достоверно превалировал во 2й гр. (1гр. Hb=124,40±23,71г/л и 2гр. Hb=131,17±21,38г/л, $p=0,349$). Уровень СОЭ достоверно был выше на 13,73% при би-СН (СОЭ 1гр.=5,90±4,28мм/ч). Лимфоциты были выше при ПЖ ДКМП (34,06±5,15 против 28,67±7,12, соответственно в 1й и 2й гр., $p=0,009$). СРБ был значительно выше в 1 гр.=11,91±12,02 г/л и 2гр.=5,81±4,67 г/л ($p=0,041$). Со стороны ЛСК отмечается повышение показателей при би-СН, кроме уровня липопротеидов очень низкой плотности (ХсЛПОНП 1гр.= 28,07±17,78мг/дл и 2гр.= 20,33±11,20мг/дл, $p=0,108$). Данные ТШХ показали, что пациенты 1 гр. преодолевали меньшую (на 21,43%) дистанцию (ДПД=183,50±85,51м) чем пациенты 2 гр. ($p=0,067$) и имели, соответственно, больший ФК ХСН (ФК 1гр.= 3,40±0,68 и ФК 2гр.= 3,06±0,80, $p=0,156$).

То. установлены ассоциированные взаимосвязи между содержанием СРБ, низким уровнем липидного спектра крови и низкой толерантностью к физической нагрузке.

К ВОПРОСАМ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗА ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Абдуллаев Т.А., Мирзарахимова С.Т., Марданов Б.У.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан.

Цель. Изучить особенности анамнеза, течения заболевания и прогноз жизни больных перипартальной кардиомиопатией (ПКМП).

Материал и методы. Проведен анализ данных 273 больных с ДКМП (из них 96 женщин). Для постановки диагноза ПКМП использовались критерии Объединенной Рабочей группы ВОЗ/МОФК (1996г). Для сравнительной оценки параметров 96 больных ДКМП женского пола были разделены на две: I (пациентки с ПКМП, n=26) и II группы (женщины с идиопатической ДКМП, n=70). Анализировались анамнестические данные, а также ретроспективно изучался 2-летний прогноз.

Результаты. Как видно, распространенность ПКМП среди идиопатической ДКМП составила 9,5% (по данным других авторов от 10 до 13%, E. Bertrand). Оказалось характерным то, что ПКМП развивалась в основном после родов (у 21 пациентки), при этом у 67% из них - спустя 3 и более месяцев. И лишь у 5 (19,2%) больных симптомы ХСН стали развиваться и прогрессировать во время последнего триместра беременности. Изучение возможных предикторов развития ПКМП показало, что симптомы ХСН начали дебютировать в основном развивалась во время 1 или 2 беременностей (у 61,5%). Более чем у половины пациенток в перипартальный период до развития ХСН имела место анемия и в 42,3% - сопутствующая хроническая инфекция, в том числе вирусной этиологии. Сравнительное изучение прогноза больных показало, что в группе ПКМП в 15,4% случаев отмечалось полное восстановление функции ЛЖ ($\chi^2=7,7$; $p=0,005$). Обнаружена достоверная разница в частоте повторных госпитализаций. Так, более чем треть больных с идиопатической ДКМП госпитализировались 2 и более раз в течение года, в то время как в группе ПКМП только двое пациенток имели подобное количество госпитализаций ($\chi^2=6,6$; $p=0,01$). По нашим результатам количество женщин с ПКМП со стабильным течением ХСН на фоне приема оптимальной медикаментозной терапии на 20% превышала таковую группы сравнения ($\chi^2=2,3$, $p=0,1$). Показатель летальности в течение 2 лет среди больных с ПКМП в нашем исследовании составил 11,5%, также несколько уступая данному показателю в группе ДКМП (в 17,2% случаях, $\chi^2=0,12$; $p=0,7$).

Таким образом, отмечено, что ПКМП в большинстве случаев развивается в постпартальный период и у женщин с предшествующей анемией. Оказалось характерным также то, что ПКМП характеризуется более благоприятным прогнозом, выражающийся меньшим количеством повторных госпитализаций и возможностью стойкого восстановления функции сердца.

ВЫБОР ПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ ПРИМЕНЯЕМЫХ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ СЕРДЦА ОСНОВЫВАЯСЬ НА ИХ МЕХАНИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

Аверкина И.И., Цобкалло Е.С., Дарвиш Д.М., Кальной П.С.

Первая клиника хирургии (усовершенствования врачей) имени П.А. Куприянова,

Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург.

Цель работы: определить оптимальные области имплантации различных материалов с учетом их механических свойств для реконструктивных кардиохирургических операций.

Несоответствие пластических материалов, используемых в реконструктивной кардиохирургии, по механическим свойствам структурам сердца, как правило, имеет локальный характер взаимодействия и может приводить к образованию тромбов, формированию аневризмы и гиперплазии интимы из-за локального ремоделирования в условиях постоянного стресса в месте соединения нативных тканей с сосудистым протезом или другими пластическими материалами.

Материалы и методы: Были изучены механические свойства наиболее часто применяемых пластических материалов, а также прочностные характеристики структур сердца. Исследование механических свойств проводили в режиме активного нагружения с записью диаграммы растяжения на приборе Instron 1122.

Результаты: Были найдены различия в прочностных свойствах между пластическими материалами и структурами сердца. Оказалось, что нативный перикард, перикард обработанный в 0,5% ГА, ксеноперикард обработанный в 0,5% ГА, ксеноперикард обработанный диэпоксисоединениями, дакрон, широкая фасция бедра были в 10; 12,5; 8; 7,5; 12 и 5 раз прочнее восходящего отдела аорты, в 45; 58; 37; 35; 56 и 23 раз прочнее стенки легочной артерии, в 42; 52; 33; 31; 50 и 21 раз прочнее мышечной части МЖП, в 4; 4,5; 3; 2,5; 4 и 2 раз прочнее мембранозной части МЖП, в 4; 5; 3; 3; 4 и 2 раз прочнее МПП, в 2; 3; 2; 2; 3 и 1 раз прочнее створок МК, а также в 6; 7; 4,5; 4; 7 и 3 раз прочнее створок ТК, соответственно.

Наиболее эластичными материалами в группе структур сердца были мышечная часть МЖП, ТК, МК и восходящая аорта. Они были в 3; 2,5; 2 и 1,6 раза эластичней свежего перикарда, в 4; 3; 2,3 и 2 раза эластичней нативного перикарда обработанного 0,5% ГА, в 4; 3; 2,3 и 2 раза эластичней ксеноперикарда обработанного 0,5% ГА, в 2,5; 2; 1,5 и 1,2 раза эластичней ксеноперикарда обработанного эпоксисоединениями, в 4,5; 4; 3 и 2,4 раза эластичней дакрона, а также в 3; 2,5; 2 и 1,5 раза эластичней fascia lata.

Вывод: Оптимальным материалом, подходящим для реконструкции всех исследуемых структур сердца, с точки зрения соответствия механических свойств, является ксеноперикард, обработанный эпоксисоединениями.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОКИСЛИТЕЛЬНОГО МЕТАБОЛИЗМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Алексеева Г.В., Ивасенко И.Н., Гудкова А.Я.

Институт сердечно-сосудистых заболеваний ГОУ ВПО СпбГМУ им. академика И.П. Павлова

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) остается неблагоприятным осложнением сердечно-сосудистой системы, в патогенез которой значительную роль вносит дисбаланс окислительного гомеостаза, интегральным показателем которого является хемилюминесценция (ХЛ) крови.

Материал и методы. Обследовано 28 больных с ХСН III-IV ФК (NYHA) с фракцией выброса (ФВ) левого желудочка меньше 35% по Simpson. В первую группу включено 16 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), во вторую группу – 12 пациентов с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП). В контрольную группу вошли 22 здоровых донора. Окислительный гомеостаз оценивали по интенсивности ХЛ процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) (мВ/сек) и антиокислительной активности (АОА) (мВ/сек) сыворотки крови на хемилюминометре ВХФ-06. Статистическую обработку данных выполняли с применением программы «Statistica 6,0».

Результаты. У больных с ХСН выявлены более высокие значения ПОЛ относительно контроля как в группе ИБС ($37,6 \pm 2,3$ против $20,7 \pm 1,9$, $p=0,01$), так и у больных с ДКМП ($41,8 \pm 2,8$ против $20,7 \pm 1,9$, $p<0,05$). Одновременно отмечалось и достоверное повышение АОА сыворотки крови относительно контрольных уровней в 1-й группе ($0,550 \pm 0,16$ и $0,380 \pm 0,02$, $p<0,05$) и во 2-й группе ($0,510 \pm 0,11$ и $0,380 \pm 0,02$, $p<0,05$). При сравнительном анализе показателей между группами с ИБС и ДКМП дисбаланс окислительного гомеостаза был более выражен у пациентов с кардиомиопатиями.

Заключение. У пациентов с ХСН, обусловленной ИБС и ДКМП, имеет место дисбаланс окислительного гомеостаза, изменения которого могут служить дополнительным критерием оценки тяжести ХСН.

ТРИМЕТАЗИДИН У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Аллаберганов О.Х., Абдуллаев Т.А., Марданов Б.У.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан.

Цель. Изучение эффективности терапии триметазидином у больных гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП).

Материалы и методы. В исследование включено 38 больных ГКМП ($38,4 \pm 2,9$ лет, муж/жен, 74%/26%). Помимо ЭхоКГ, проводилась оценка выраженности стенокардии с помощью шкалы вербальных оценок (ШВО) ангинозного болевого приступа по Военнову О.В. Проба с ФН выполнялась на велоэргометре. С целью изучения влияния терапии все исследуемые больные анализировались в 2 группах. I группу составили 20 пациентов (14 мужчин/6 женщин, $38,9 \pm 2,94$ года), II – 18 больных (14/4, $37,7 \pm 2,76$ лет). В качестве базисного препарата больным обеих групп был назначен карведилол (К) в средних дозах $20,4 \pm 1,4$ мг и $20,8 \pm 1,2$ мг соответственно. Больные I группы дополнительно принимали триметазидин (Т) в форме с модифицированным высвобождением в фиксированной дозе 70 мг/сутки. Длительность терапии – 3 месяца.

Результаты. Наиболее часто предъявляемыми жалобами больных обеих групп явились одышка и сердцебиение (соответственно у 70% и 72%, $p>0,05$), как в покое, так и в ответ на физическую активность. У 55% пациентов обеих групп отмечали стенокардию. При этом, средняя сумма баллов по ШВО по группам составила более 2-х, что говорит о средней интенсивности ангинозных болей. Исходные данные ВЭМ также достоверных межгрупповых различий не носили, при этом отмечено, что в основном достигаемая пороговая мощность не превышала 75 Вт ($71,2 \pm 3,6$ и $73,5 \pm 3,8$ Вт, $p>0,05$). При оценке болевого синдрома с помощью ШВО по итогам терапии в I группе больных отмечено достоверное уменьшение суммы набранных баллов на 30% (с $2,4 \pm 0,12$ до $1,6 \pm 0,146$, $p<0,05$), характеризуя сохранение «слабой боли», при позитивной тенденции во II группе (на 13%). Повторное проведение ВЭМ-исследования

показало более выраженное в I группе уменьшение случаев загрудинных болей и одышки, как критериев прекращения пробы ($\chi^2 = 3,1$, $p = 0,0412$), и увеличение пороговой мощности нагрузки на 14,5% ($p < 0,0001$).

Таким образом, отмечено, что наиболее часто предъявляемыми жалобами больных ГКМП являются одышка и сердцебиение, и более чем в половине случаев развивается стенокардия. Больные с ГКМП характеризуются относительно низкой толерантностью к физическим нагрузкам. Комбинированная терапия К и Т способствует уменьшению выраженности стенокардии и увеличению переносимости физических нагрузок.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЕННЫХ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ

Андрейчук К.А., Савелло В.Е., Постнов А.А., Басек И.В., Андрейчук Н.Н.

ГУ СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,

ФГУ «ФЦСКЭ имени В.А. Алмазова».

Целью работы явился анализ результатов лечения и тактики диагностики у пациентов с осложненными аневризмами брюшной аорты (АБА).

Исследование включает 168 пациентов с симптомными и нарушенными АБА, госпитализированными в экстренном порядке.

Изучение тактики и результатов лечения позволили выделить принципиальные условия для эффективной организации помощи:

- многопрофильный стационар с круглосуточной службой ангиохирургической помощи является наиболее приемлемым местом для хирургического лечения данной категории больных; вне зависимости от стабильности состояния пациенты с подозрением на осложненную АБА для обследования подлежат госпитализации в блок критических состояний, при нестабильной гемодинамике – непосредственно в операционную (аналог тактики при тяжелой шоковой травме);

- функционирование в круглосуточном режиме службы компьютерной томографии и ультразвуковой диагностики необходимо не только для верификации диагноза, но и выявления «предразрывных» форм АБА (локальное расширение, интрамуральная гематома, «малые» разрывы).

Применение вышеописанных подходов, увеличивших долю неотложных вмешательств у больных с «угрожающими» разрывами симптомных АБА, позволило снизить летальность среди больных на 37,4% преимущественно за счет выполнения реконструкции до наступления полного разрыва и развития тяжелого геморрагического шока.

Таким образом, рациональная тактика диагностики и лечения пациентов с осложненными АБА позволяет улучшить результаты лечения данной категории пациентов.

НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАЗРЫВОВ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ

Андрейчук К.А., Басек И.В.

ГУ СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,

ФГУ «ФЦСКЭ имени В.А. Алмазова».

Целью настоящей работы явилась оптимизация лечебно-диагностических подходов у пациентов с разрывами аневризм брюшной аорты (РАБА), итогом чего явилось создание протоколов ведения данной категории пациентов.

В анализ включено 67 пациентов, госпитализированных в неотложном порядке с РАБА. Использовались ультразвуковое исследование (УЗИ), спиральная компьютерная томография (СКТ), в том числе – в режиме ангиографии. Экстренно оперировано 64 пациента (95,5%), всем больным произведена реконструктивная операция. В послеоперационном периоде диагностические процедуры включали в себя УЗИ и /или СКТ, проводимые в динамике для выявления послеоперационных осложнений.

Стандартом предоперационной диагностики, по нашему мнению, является УЗИ и СКТ. В ряде случаев, у пациентов с нестабильной гемодинамикой (31,3%), предоперационная визуализация ограничивалась УЗИ, которое в достаточной мере позволило определить основные характеристики РАБА и принять тактическое решение, что, кроме того, дало возможность у 14 пациентов (20,9%) провести адекватную диагностику непосредственно на операционном столе. В первые несколько суток послеоперационного периода УЗИ выполнялось ежедневно для контроля за регрессом забрюшинной гематомы и исключения ранних осложнений (кровотечение, инфицирование, ишемия кишечника). В дальнейшем СКТ-контроль производился перед выпиской больного и в сроки 3 и 6 месяцев для исключения поздних осложнений (аневризматическая трансформация анастомозов).

Указанные подходы, по нашим наблюдениям, способствовали оптимизации тактики и раннему выявлению ос-

ложнений у больных с РАБА, что в конечном итоге позволило снизить летальность на 12,7%.

НЕОТЛОЖНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

*Андрейчук Н.Н., Савелло В.Е., Андрейчук К.А.
ГУ СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,
ФГУ «ФЦСКЭ имени В.А. Алмазова».*

Целью исследования является сравнительная оценка возможности использования ультразвукового исследования (УЗИ), как единственного метода неотложной диагностики аневризм брюшной аорты (АБА) и их осложнений.

Приведенный анализ основан на опыте обследования 163 пациентов с осложненными АБА, госпитализированных в экстренном порядке в состоянии от удовлетворительного (40,5%) до крайне тяжелого (23,3%). УЗИ выполнялось с использованием ультразвуковых диагностических систем Siemens Sonoline G60 и Philips HD-11. Ряду пациентов (35,6%) в рамках диагностической программы была произведена также спиральная компьютерная томография (СКТ), что позволило произвести сравнение результатов исследований. Окончательная верификация диагноза у части больных была осуществлена в ходе операции.

Диагноз АБА был установлен или подтвержден в 137 случаях (84,0%), у 56 пациентов (40,9%) выявлен разрыв аневризмы и выставлены показания к операции, причем в 6 случаях УЗИ позволило выявить «сложные» разрывы — в нижнюю полую вену (у 3) и кишечник (у 3 пациентов). Чувствительность метода колебалась от 73,2% до 100,0% и значимо не отличалась от таковой при СКТ ($p > 0,05$) при существенно меньших временных затратах ($14,3 \pm 6,2$ мин. и $32,4 \pm 11,9$ мин. соответственно).

Таким образом, УЗИ является информативным методом, в неотложных ситуациях не уступающим возможностям СКТ и превосходящим последнюю в скорости и доступности. Указанные преимущества позволяют утверждать, что УЗИ должно быть не только обязательным звеном неотложной диагностики АБА, но и может использоваться в экстренных ситуациях как единственный метод визуализации.

КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ПАРАМЕТРОВ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

*Ахматов Я.Р., Абдуллаев Т.А., Нагаева Г.А.
Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, г.Ташкент, Узбекистан.*

Цель: Оценить корреляционную зависимость между показателями функции внешнего дыхания и параметрами внутрисердечной гемодинамики у пациентов с изолированной правожелудочковой кардиомиопатией (ПЖ ДКМП).

Материал и методы: За период с 1998 по 2011 гг на базе клиники РСЦК было обследовано 290 больных, при этом в 20 (6,89%) случаях была выявлена ПЖ ДКМП. Всем 20 больным проводились: общеклинические лабораторные анализы физикальный осмотр, ЭКГ в 12 стандартных отведениях, ЭхоКГ, спирометрия. В качестве нагрузочной пробы использовался тест 6-минутной ходьбы (ТШХ) с измерением длины пройденной дистанции (ДПД).

Результаты: Выявлено наличие обратной зависимости между размерами правого желудочка ($ПЖ = 50,54 \pm 8,43$ мм) и его инотропной функцией ($ФВ ПЖ = 37,86 \pm 8,17\%$) с одной стороны (наклон $b = -0,521$; $r = -0,966$; $t = -3,711$; $p = 0,167$), и индексом Тиффно ($= 87,86 \pm 32,57$) — с другой (наклон $b = -2,735$; $r = -0,999$; $t = -41,88$; $p = 0,015$). Это имело подтверждение и со стороны показателя - систолическое давление в легочной артерии (СДЛА): наблюдалась прямая корреляция между дилатацией полости ПЖ и СДЛА ($= 42,91 \pm 16,36$ мм.рт.ст) (наклон $b = 1,636$; $r = 0,883$; $t = 1,881$; $p = 0,311$). Положительная корреляционная зависимость также выявлена между показателями спирометрии, а именно, жизненной емкостью лёгких (ЖЕЛ $= 61,17 \pm 22,48$) и ТШХ (ДПД $= 273,60 \pm 16,34$ м) (наклон $b = 1,738$; $r = 0,535$; $p = 0,640$).

Выводы: Дилатация полости правого желудочка имеет прямую корреляционную зависимость с уровнем СДЛА, а также с ЖЕЛ и длиной дистанции, пройденной за период 6-минутной ходьбы; обратная корреляционная зависимость наблюдается с индексом Тиффно.

АКТИВНОСТЬ РЕНИНА ПЛАЗМЫ У ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Баженова Е.А., Беляева О.Д., Березина А.В., Иванова Т.Г., Каронова Т.Л., Лозовая Т.А., Нифонтов С.Е., Козленок А.В., Беркович О.А., Баранова Е.И., Шляхто Е.В.

Цель: Изучить активность ренина плазмы (АРП) у больных абдоминальным ожирением и диастолической дисфункцией левого желудочка (ДДЛЖ). Материалы и методы: Обследовано 80 пациентов (55 женщин и 25 мужчин; $44,9 \pm 0,3$ лет) с абдоминальным ожирением (АО) (IDF, 2005). АРП оценивали методом радиоиммунного анализа. ЭхоКГ-исследование проводилось с использованием ультразвуковой системы GE Vivid 7 Dimension.

Результаты: По данным ЭхоКГ у 22 больных АО (27,5%) выявлен 1 тип ДДЛЖ. Индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) был достоверно выше и у мужчин, и у женщин с АО и ДДЛЖ по сравнению с больными АО без ДДЛЖ (мужчины: $126,3 \pm 6,0$ г/м² и $107,0 \pm 3,6$ г/м²; соответственно, $p=0,01$; женщины: $105,2 \pm 2,6$ г/м² и $90,7 \pm 2,2$ г/м²; соответственно, $p=0,01$). АРП была достоверно выше у пациентов с АО с ДДЛЖ, чем у больных АО без ДДЛЖ ($13,4 \pm 4,9$ нг/мл/час и $3,0 \pm 1,3$ нг/мл/час, соответственно; $p=0,005$). Артериальную гипертензию (АГ) выявляли у 78% пациентов с АО с ДДЛЖ и у 48% больных АО без ДДЛЖ. Установлены корреляционные связи между АРП и длительностью ожирения ($r=0,2$; $p=0,03$), АРП и окружностью талии (ОТ) ($r=0,2$; $p=0,01$), АРП и систолическим артериальным давлением (АД) ($r=0,3$; $p=0,01$), АРП и диастолическим АД ($r=0,2$; $p=0,08$), а также между АРП и ИММЛЖ ($r=0,4$; $p=0,001$), АРП и диаметром левого предсердия ($r=0,3$; $p=0,03$).

Выводы. Активность ренина плазмы увеличена у больных абдоминальным ожирением, ДДЛЖ 1 типа и сопутствующей АГ. Выявлены корреляционные связи между активностью ренина плазмы и антропометрическими параметрами (ОТ), длительностью ожирения, и такими морфометрическими Эхо-показателями как ИММЛЖ и диаметр левого предсердия.

МИКРОЦИРКУЛЯЦИЯ ПРИ НЕКОРОНАРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЦА

Баранов В.В.

Центр «Анализ Веществ», Москва.

Система микроциркуляции, обменные процессы на микроуровне в кардиологии, в кардиохирургии – не контролируемые системы/процессы. Причина – отсутствие клинических способов и технических средств для выполнения визуализации и параметризации системы микроциркуляции. При некоронарогенных заболеваниях сердца: врожденных «бледных» пороках, приобретенных клапанных пороках; «синих» пороках сердца; нарушениях ритма сердца и т.д. в системе микроциркуляции реализуются способы компенсации, направленные на поддержание обменных процессов адекватных физическому, лекарственному, термическому и другим возмущениям, которые испытывает пациент. Невозможно без визуализации, параметризации обменных процессов на микроуровне объективно оценить состояние (выполнить диагностику) пациента, страдающего пороком сердца.

Цели исследований. Создать медицинские технологии визуализации и параметризации системы микроциркуляции пациентов, страдающих некоронарогенными заболеваниями (пороками) сердца.

Способы и устройства для выполнения способов параметризации системы микроциркуляции. Для описания обменных процессов на микроуровне предлагается капиллярспектроскопическая визуализация и параметризации капиллярной сети, капилляров, кровотока, изменения концентрации оксигемоглобина, доминирующего способа транспорта веществ из крови в ткань.

Результаты исследований. Выполнили исследования микроциркуляции пациентов в режимах: единичных измерений, мониторинга вовремя операций по поводу врожденных, приобретенных пороков сердца. Описали реакции компенсации системы микроциркуляции, которые характерны для цианотических, ацианотических состояний, состояний на всех этапах операций, в реанимации.

Заключение. Капиллярспектроскопия обеспечивает визуализацию, параметризацию обменных процессов на микроуровне при некоронарогенных заболеваниях сердца.

БАКТЕРИОБИОТА УДАЛЕННЫХ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

Баранцевич Е.П., Баранцевич Н.Е., Рыбкова Н.С., Еремина Е.В., Чуркина И.В.

ФГУ «ФЦСКЭ им. В. А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия.

Введение. Диагностика инфекционного эндокардита является актуальной проблемой кардиологии. В настоящее время отмечают тенденцию к улучшению прогноза у данной категории больных благодаря повышению качества этиологической диагностики и этиотропной терапии.

Целью настоящей работы было изучение бактериобиоты, выделяемой при рутинных микробиологических исследованиях удаленных клапанов сердца.

Материалы и методы. Участок, подозрительный на наличие микробных вегетаций, размерами 1,0х1,0 см вырезали в условиях операционной из всех удаленных в процессе кардиохирургического пособия клапанов, помещали в стерильный физиологический раствор и немедленно доставляли в микробиологическую лабораторию. Ткань клапана растирали в асептических условиях в ступке и добавляли 5,0 мл стерильного физиологического раствора. Полученную суспензию инкубировали в бактериологическом анализаторе BactAlert. Выделяемые культуры микроскопировали, предварительно идентифицировали по фенотипическим признакам. Определение вида осуществляли секвенированием по первым 500 нуклеотидам гена 16s РНК с использованием валидированной базы данных (MicroSeq ID 16s rDNA 500 Library v2.0).

Тестирование чувствительности к антибиотикам проводили диско-диффузионным методом в соответствии с критериями EUCAST.

Результаты. В течение 2010-2011 года при рутинном микробиологическом исследовании фрагментов клапанов, удаленных при кардиохирургических вмешательствах, культуры бактерий выделили из 45 клапанов, 38 (84.4%) аортальных, 7 (15.5%) митральных. В подавляющем большинстве случаев из клапанов пациента выделяли один вид бактерий, в 1 случае – 2 вида.

Среди выделенных культур преобладали грамположительные кокки. С наибольшей частотой выявляли *Staphylococcus epidermidis* – его выделили в 22 (48.8%) случаях. Другие грамположительные кокки были представлены *Staphylococcus aureus* – 5 (11.1%), *Micrococcus* spp. – 4 (8.8%), *Streptococcus saprophyticus* – 2 (4.4%), *Enterococcus faecalis* – 2 (4.4%), *Streptococcus salivarius* – 2 (4.4%) культуры. Грамотрицательные микроорганизмы выделили из клапанов 3 пациентов, в том числе *Enterobacter cloacae* у 2 (4.4%), *Acinetobacter baumannii* у 1 (2.2%) больного. Анаэробы – *Propionibacterium acne* – обнаружили при исследовании 2 (4.4%) клапанов.

Резистентность к антибиотикам продемонстрировали 23 (51.1%) выделенные при рутинном бактериологическом исследовании клапанов культуры. Полирезистентными (резистентными к 4 и более антибиотикам) были 6 (13,3%) выделенных штаммов бактерий. Резистентны к 2 антибиотикам были 5 (11.1%), к 1 препарату – 12 (2.2%) культур. Чувствительны ко всем исследованным антибиотикам были 22 (48.8%) изолята.

Выводы.

1. Среди выделенных при рутинном микробиологическом исследовании удаленных клапанов сердца культур бактерий преобладают грамположительные кокки.
2. Полирезистентность к антибиотикам проявляет незначительная часть штаммов.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

Баранцевич Е.П., Колобова Е.Н., Лубкина М.О., Баранцевич Н.Е., Павлова О.В.

ФГУ «ФЦСКЭ им. В. А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия.

Введение. Инфекционные эндокардиты являются значимой проблемой в кардиологии. Заболеваемость этой инфекционной патологией составляет 1.4-6.7 на 100 тысяч населения. Развитие и совершенствование диагностических процедур позволяет улучшить выявление этиологической причины данного заболевания.

Целью настоящей работы было комплексное микробиологическое исследование клапанов, удаленных при кардиохирургическом пособии.

Материалы и методы. Клапаны сердца исследовали традиционными бактериологическими методами в рутинной практике клинической микробиологической лаборатории. Участок, подозрительный на наличие микробных вегетаций размером 1,0 х 1,0 см, вырезали в операционной из удаленных в процессе кардиохирургического пособия клапанов, помещали в стерильный физиологический раствор и немедленно доставляли в микробиологическую лабораторию. Ткани клапана растирали в асептических условиях в ступке и суспендировали в 5 мл стерильного физиологического раствора для последующей инкубации в бактериологическом анализаторе BactAlert. Выделяемые культуры микроскопировали, идентифицировали по фенотипическим признакам и по последовательности первых 500 нуклеотидов гена 16s РНК (MicroSeq ID 16s rDNA 500 Library v2.0).

Вирусологическое исследование удаленных клапанов проводили в формате RT-PCR с использованием отечественных диагностических тест-систем (ИЛС, Россия). Определяли наличие в резецированных фрагментах клапанов

участков геномов вирусов Эпштейна-Барр, цитомегаловируса, вируса герпеса 6 типа, энтеровирусов, парвовируса В 19, аденовирусов.

Результаты. Исследовали с применением традиционных бактериологических методов и методов молекулярной диагностики 113 клапанов сердца, удаленных при кардиохирургическом вмешательстве у 105 пациентов (средний возраст $60,8 \pm 13,2\%$, 56 мужчин, 49 женщин).

Культуральное исследование было положительным в 11 (9,7%) случаях. Все культуры были представлены грам-положительными кокками. *Staphylococcus epidermidis* выделили при бактериологическом исследовании 5 (4,4%), *Staphylococcus aureus* – 3 (2,7%), *Micrococcus spp.* – 2 (1,8%), *Enterococcus faecalis* – 1 (0,9%) клапана.

Присутствие ДНК вирусов в ткани клапанов зафиксировали у 53 (50,5%) больных. Подавляющее большинство выявленных вирусов были представлены парвовирусом В 19 – его обнаружили у 51 (48,6%) пациента. Вирус Эпштейна-Барр выявили у 2 (1,9%) больных. Присутствие цитомегаловируса обнаружили у 2 пациентов (у одного из них также был обнаружен парвовирус В 19), однако его концентрация в обоих случаях была менее 5×10^5 клеток. Ни в одном исследованном клапане присутствия энтеровирусов или аденовирусов не выявили.

Выводы.

1. Бактериобиота выявляется в удаленных при кардиохирургических вмешательствах клапанах достаточно редко (менее, чем у 10% пациентов)
2. Присутствие вирусов в тканях удаленных клапанов сердца выявляется более чем в половине случаев.
3. В удаленных клапанах сердца с наибольшей частотой обнаруживают парвовирус В 19.

ДНК-СОДЕРЖАЩИЕ ВИРУСЫ В БИОПТАТАХ МИОКАРДА

Баранцевич Е.П., Лубкина М.О., Павлова О.В., Редька Л.М., Баранцевич Н.Е.

ФГУ «ФЦСКЭ им. В. А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия.

Введение. Диагностика миокардитов представляет собой актуальную проблему современной кардиологии: в тяжелых случаях вирусные поражения миокарда приводят к развитию дилатационной кардиомиопатии, что может потребовать проведения трансплантации сердца.

Целью исследования было выявление присутствия ДНК-содержащих вирусов в биоптатах миокарда пациентов с подозрением на вирусный миокардит.

Материалы и методы. Биоптаты миокарда находившихся на стационарном лечении в клинике ФГУ ФЦСКЭ им. В. А. Алмазова пациентов с подозрением на вирусный миокардит доставляли в микробиологическую лабораторию немедленно после проведения биопсии. Биоптаты гомогенизировали вручную в асептических условиях. ДНК вирусов выделяли из гомогенатов с использованием отечественных реагентов (ДНК-сорб В, ИЛС, Россия). Вирусологическое исследование проводили с использованием тест-систем отечественного производства (ИЛС, Россия) на аппарате Rotor-Gene 6000 в формате real-time PCR. В биоптатах определяли вирусы герпеса 1, 2 и 6 типов, вирус Эпштейна-Барр, цитомегаловирус, парвовирус В 19.

Результаты. Провели вирусологическое исследование с использованием молекулярно-генетических методов 72 биоптатов миокарда, полученных от 46 пациентов (средний возраст $45,5 \pm 15,3$ лет, 28 мужчин, 18 женщин).

Присутствие вирусов обнаружили в биоптатах 13 (26,1%) пациентов. Вирус герпеса 6 типа был выявлен в биоптатах 2 (4,3%) больных (в одном случае в исследуемом материале присутствовал и парвовирус В 19), вирус Эпштейна-Барр в биоптате 1 (2,2%) больного, парвовирус В 19 – у 11 (23,9%) человек. Вирусы герпеса 1 и 2 типов, цитомегаловирусы ни у одного пациента выявлены не были.

Выводы.

1. Присутствие ДНК-содержащих вирусов обнаруживают в биоптатах миокарда у 1/4 пациентов с подозрением на вирусный миокардит.
2. Доминирует по частоте выявления парвовирус В 19.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ СЕРДЦА ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Барбухатти К.О., Белаиш С.А., Болдырев С.Ю., Якуба И.И., Скопец А.А., Порханов В.А.

*Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.В. Очаповского,
КГМУ, кафедра кардиохирургии и кардиологии ФПК и ППС, Краснодар, Россия*

Цель сообщения: представить результаты ортотопической трансплантации сердца (ТС) при дилатационной кардиомиопатии (ДКМП).

Материал и методы: За последние 16 месяцев (март 2010 по июль 2011 года) выполнено 47 трансплантаций

сердца, из них 30 по поводу ДКМП (64%). Мужчины - 24 (80%), женщины - 6 (20%). Средний возраст $46,6 \pm 4,2$ лет (мах. 59). Длительность заболевания на момент операции составляла от 6 месяцев до 7 лет. 25 больных (81%) к моменту операции относились к IV ф.к. по NYHA. ЭхоКГ-показатели размеров полостей сердца и сократительной способности миокарда: КДР ЛЖ $72,1 \pm 3,4$ мм., КДО ЛЖ - $281,4 \pm 45,6$ мл., ФВ ЛЖ $18,5 \pm 3,4\%$. Статус по UNOS: 1 – 1a; 1 – 1b; 28 – 2.

Применялась только бикавальная техника ТС с умеренной гипотермией 320С. Кардиоплегия – «Кустодиол». Средние временные показатели: ИК $109,9 \pm 24,7$ мин., время аноксии донорского сердца $88,6 \pm 13,3$ мин.

Результаты: Летальность 3,3% (n=1). Причина - полиорганная недостаточность, развившаяся в дооперационном периоде (UNOS - 1a). У остальных пациентов послеоперационный период без фатальных осложнений. Средняя длительность пребывания пациентов в реанимации $6,5 \pm 1,7$ суток. Средняя длительность пребывания в стационаре $32,1 \pm 3,2$ дня. К моменту выписки у всех пациентов результаты ЭМБ соответствовали степени 0-1А острого отторжения, при этом все пациенты относились к I ф.к. по NYHA.

Выводы: ТС является высокоэффективным и воспроизводимым методом лечения больных ДКМП. С целью оптимизации результатов необходима стандартизация протокола как отбора доноров и реципиентов, так и режимов иммуносупрессии.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

*Барсуков А.В., Глуховской Д.В., Бабанова А.-Я.Г., Зобнина М.П., Таланцева М.С., Свёклина Т.С.
Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург.*

Цель: изучить особенности кардиоваскулярного анамнеза и ассоциированной патологии у лиц с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы: 258 пациентов с АГ разделены на две группы, сопоставимых по возрасту, полу, индексу массы тела (ИМТ) и объёму левого предсердия (ЛП). 1-ю группу составили 129 пациентов с СД 2 типа, средний возраст $58,2 [52; 65]$ лет, ИМТ $29,34 [27,0; 31,56]$ кг/м², индекс объема ЛП $26,5 [22,0; 30,1]$ мл/м². 2-я группа (сравнения) включала 129 пациентов без нарушения углеводного обмена, средний возраст $56,2 [51,0; 63,0]$ лет; ИМТ $28,63 [26,6; 30,4]$ кг/м², индекс объема ЛП $26,6 [21,7; 29,83]$ мл/м². Нами были оценены: частота встречаемости в анамнезе инфаркта миокарда (ИМ), мозгового инсульта, симптомной хронической сердечной недостаточности (ХСН), постоянной формы фибрилляции предсердий (ФП), хронической болезни почек (ХБП).

Результаты: Пациенты 1-й группы по сравнению с 2-й группой характеризовались достоверно более частой встречаемостью в анамнезе ИМ (12,4% и 8,5%, $p=0,19$), существенно более частой встречаемостью симптомной ХСН (32% и 15,5%, $p=0,01$), постоянной формы ФП (4,7% и 1,6%, $p=0,049$), ХБП (60% и 43%, $p=0,049$), инсульта (7 и 1,6%, $p=0,004$).

Заключение: пациенты с АГ в сочетании с СД 2 типа имеют достоверно худший клинико-анамнестический профиль по сравнению с лицами без нарушений углеводного обмена, несмотря на высокую степень их сопоставимости по росту-весовым, гендерным характеристикам и объёму левого предсердия.

ЗНАЧЕНИЕ МСКТА В ДИАГНОСТИКЕ РАЗРЫВОВ АНЕВРИЗМ АБДОМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

*Басек И.В., Савелло В.Е., Андрейчук К.А.
Санкт-Петербург, ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова»,
ГМУ им. акад. И.П. Павлова,
НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе.*

Цель работы: определить роль мультиспиральной компьютерной ангиографии (МСКТА) в диагностике разрывов аневризм абдоминального отдела аорты (ААОА).

Материалы и методы. МСКТ была выполнена 15 пациентам в возрасте от 49 до 75 лет с подозрением на разрыв ААОА. Протокол включал выполнение топограммы, нативного исследования, МСКТА с в/в болюсным контрастированием (Optiray 300-80 ml) со скоростью 3-5 мл/сек. Применяли программы постпроцессорной обработки (MPR, VRT). Результаты МСКТ верифицированы при хирургических вмешательствах.

Результаты исследования. МСКТ признаки разрыва аневризмы были выявлены у 7 пациентов. Разрывы всех аневризм диаметром от 5,5 см до 10 см, выявлены в инфраренальном отделе аорты. При нативном исследовании симптом «полумесяца»-гиперконтрастная зона по одной из стенок аневризмы, соответствующая острому кровоизли-

янию выявлен у 5 пациентов. Забрюшинные гематомы выявлены у 6 пациентов. Прерывистость области серповидной кальцификации стенки аорты при атеросклеротическом поражении аорты выявлена у 4 пациентов. При МСКТА экстравазация контрастного вещества дифференцировалась у 5 пациентов. У одного пациента выявлен прорыв аневризмы в НПВ, у трех пациентов в тонкую кишку. Распределение контрастного вещества в зоне пристеночных тромботических масс выявлено у 3 пациентов.

Выводы. МСКТА благодаря своей малоинвазивности, информативности, высокой точности позволяет выявить признаки разрыва ААОА, детально их характеризовать, что имеет важное значение в планировании объема оперативного вмешательства.

УРОВЕНЬ АДИПОНЕКТИНА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Беляева О.Д., Березина А.В., Беркович А.В., Чубенко Е.А., Баранова Е.И.

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Росздрава»,

ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития России.

Цель. Оценить уровень адипонектина у больных абдоминальным ожирением с метаболическим синдромом и без метаболического синдрома.

Материалы и методы. Обследовано 225 больных (средний возраст $45,8 \pm 0,3$ лет) абдоминальным ожирением (окружность талии: у мужчин $108,4 \pm 0,9$ см, у женщин - $98,3 \pm 0,6$ см) (IDF, 2005). Определяли уровни триглицеридов, холестерина липопротеинов высокой плотности, глюкозы (COBAS INTEGRA 400/700/800, Германия), проводили измерение артериального давления ртутным сфигмоманометром. Определение адипонектина (АН) в сыворотке крови проводили методом ИФА (DRG, США). Метаболический синдром (МС) был выявлен у 150 (66,7%) (IDF, 2005).

Результаты. Уровень АН у женщин с МС ниже, чем у пациенток без МС ($20,7 \pm 1,0$ мкг/мл и $24,7 \pm 1,2$ мкг/мл, соответственно; $p < 0,05$). У мужчин с МС и без МС уровень АН не различался ($16,3 \pm 1,0$ мкг/мл и $18,4 \pm 1,8$ мкг/мл, соответственно; $p > 0,05$). Установлено, что при уровне АН у женщин менее $19,1$ мкг/мл риск развития МС увеличивается в 3 раза ($OR=3,0$; для 95% ДИ $1,4-6,5$, $p < 0,01$). У женщин при $ИМТ < 30$ кг/м² и уровне АН менее $23,8$ мкг/мл риск развития МС увеличивается в 3,4 ($OR=3,4$; для 95% ДИ $1,1-10,6$, $p < 0,05$). При $ИМТ \geq 30$ кг/м² и уровне АН менее $11,9$ мкг/мл – риск возникновения МС у женщин возрастает более чем в 9 раз ($OR=9,6$; для 95% ДИ $1,6-2,7$, $p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, низкий уровень адипонектина у женщин – менее $19,1$ мкг/мл, может быть использован в качестве одного из дополнительных критериев диагностики метаболического синдрома.

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Березина А.В., Беляева О.Д., Беркович О.А., Баранова Е.И.

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования

«Санкт-Петербургский медицинский университет имени академика И.П. Павлова

Федерального Агентства по Здравоохранению и социальному развитию»,

Институт сердечно-сосудистых заболеваний ГОУВПО «СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова «Росздрава».

Цель: оценить уровень физической активности и ее влияние на факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных абдоминальным ожирением (АО).

Материалы и методы. В исследование были включены 508 пациентов в возрасте от 30 до 55 лет (средний возраст $45,8 \pm 0,3$ года) с АО. Округлость талии (ОТ) у женщин составила $98,3 \pm 0,6$ см, у мужчин - $108,3 \pm 0,9$ см. Уровень физической активности оценивался по опроснику. Физическая тренированность (ФТ) определялась методом кардиопульмонального тестирования (Vmax29 Series, SensorMedics, Yorba Linda, California). Оценивались показатели липидного спектра, уровни инсулина, глюкозы и индекс инсулинорезистентности (НОМА-IR).

Результаты. 185 (36,4%) пациентов были физически активными (гр.1), а 323 (63,6%) пациента вели сидячий образ жизни (гр.2). Пациенты обеих групп не отличались по возрасту, антропометрическим параметрам ($p > 0,05$). Уровень ФТ был низким в гр.1 и гр.2. Вместе с тем, уровень ХСЛПВП был выше ($1,3 \pm 0,03$ ммоль/л и $1,2 \pm 0,1$ ммоль/л, $p < 0,05$), а уровень инсулина и НОМА-ИР ниже у пациентов гр.1 ($16,5 \pm 0,9$ мкМЕ/мл и $21,3 \pm 0,9$ мкМЕ/мл, $p < 0,001$; $3,7 \pm 0,3$ и $5,1 \pm 0,3$, $p < 0,01$). Установлены связи между количеством ФН (раз/нед) и уровнем инсулина ($r_1 =$

0,1, $p1=0,03$), ХСЛПВП ($r2=0,1$, $p2=0,03$).

Выводы. Физические нагрузки низкой интенсивности позитивно влияют на уровни ХСЛПВП, инсулина и инсулинорезистентность у больных АО.

АРИТМОГЕННАЯ ДИСПЛАЗИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА: КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ И РОЛЬ СОПУТСТВУЮЩЕГО МИОКАРДИТА

*Благова О.В., Недоступ А.В., Морозова Н.С., Коган Е.А., Гагарина Н.В., Седов В.П.,
Заклязьминская Е.В., Фролова Ю.В., Дземешкевич С.Л.*

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского РАМН.

Цель: изучить полиморфизм клинических проявлений аритмогенной дисплазии правого желудочка (АДПЖ), варианты ее течения, частоту и роль миокардита.

Материал и методы: наблюдались 15 больных с достоверным ($n=9$) и вероятным ($n=6$) диагнозом АДПЖ, 9 женщин/6 мужчин, ср. возраст $45,5 \pm 15,9$ лет. Выполнены исследование на кардиотропные вирусы и антикардиальные антитела, МСКТ/МРТ сердца, 1 биопсия правого желудочка (ПЖ), 2 аутопсии.

Результаты: выделены 3 варианта течения АДПЖ. 1) Типичный (латентный аритмический, $n=8$, ср. возраст $44,5 \pm 12,9$ г.): частая упорная «идиопатическая» ПЖ экстрасистолия, неустойчивая желудочковая тахикардия (ЖТ); в отсутствие больших ЭКГ-критериев диагноз вероятный, несмотря на обнаружение жира; частота миокардита 50% (1 вирусный). 2) Развернутый аритмический ($n=2$, ср. возраст 71,0 г.): наряду с устойчивой ЖТ, присутствуют все большие ЭКГ-критерии, дилатация ПЖ различной степени; миокардит не выявлен, течение относительно стабильное. 3) АДПЖ с бивентрикулярной недостаточностью ($n=5$, ср. возраст $39,7 \pm 13,5$ л.); частота миокардита 60% (в 2 случаях в миокарде – геном вирусов герпеса 1,6 типа, оба пациента умерли).

Заключение: АДПЖ встречается у лиц разного пола и возраста; жир выявлен при МРТ в 82% (из 11 больных), при МСКТ в 83% (из 6), но не входит в критерии диагноза; необъяснимое увеличение ПЖ всегда требует исключения АДПЖ; частота миокардита (в т.ч. вирусного) при АДПЖ достигает 50%; дисфункция левого желудочка связана как с самой АДПЖ, так и с миокардитом и резко усложняет диагностику; для изолированной АДПЖ не характерно повышение титра антикардиальных антител; биопсия миокарда (с проведением ПЦР) целесообразна для верификации как АДПЖ, так и миокардита.

СИНДРОМ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ (ДКМП): ОПЫТ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОПСИИ

*Благова О.В., Недоступ А.В., Коган Е.А., Седов В.П., Сулимов В.А., Абузов С.А., Фролова Ю.В.,
Дземешкевич С.Л., Донников А.Е., Куприянова А.Г., Зайденов В.А.*

*Первый МГМУ им. И.М.Сеченова,
РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского РАМН.*

Цель: оценить возможность нозологической диагностики при синдроме ДКМП

Материал и методы: обследованы 90 больных с синдромом ДКМП (мужчин 58, ср. возраст $46,2 \pm 12,5$ лет, ХСН IIА-III ст. у 93,3%, 3-4 ФК у 54,5%, КДР левого желудочка $6,7 \pm 0,9$ см, ФВ $30,1 \pm 11,7\%$). Проведены ЭхоКГ, определение антикардиальных антител, IgG и генома (методом ПЦР) кардиотропных вирусов, коронарография ($n=36$), МСКТ ($n=58$), МРТ ($n=17$), сцинтиграфия миокарда ($n=25$), биопсия/аутопсия миокарда ($n=20/5$), скелетной мышцы ($n=2$).

Результаты: больные распределились по нозологиям следующим образом. 1. Инфекционно-иммунный миокардит - 59 (65,6%), в т.ч. вирусный у 21 (вирус в крови у 14 больных, в миокарде у 11); у 7 выявлен коронарный атеросклероз (стенозы >50%); среди больных, которым проведена биопсия/аутопсия, частота изолированного миокардита составила 68% ($n=17$). 2. Собственно ДКМП – 14 (15,6%), в т.ч. у 3 больных среди тех, кому проведена биопсия (12%); у 3 больных выявлен коронарный атеросклероз, у 3 - связь дебюта заболевания с родами. 3. Некомпактный миокард (НKM) – 9 (10%), в т.ч. с миокардитом у 5 (у 2 из них диагноз верифицирован при биопсии, у 4 выявлен вирусный геном). 4. АДПЖ – 5 (5,5%), в т.ч. с НКМ у 1 и с миокардитом у 4 (диагноз верифицирован при аутопсии и выявлен вирусный геном у 2). 5. Генетическая миопатия с миокардитом у 2 (2,2%), в т.ч. с НКМ у 1; диагноз подтвержден морфологически. 6. Болезнь Такаясу в сочетании с НКМ (1 больная; 1,1%). Всего вирусный геном в крови и/или миокарде выявлен у 31%.

Заключение: на основании клинических, лабораторно-инструментальных и морфологических данных разработан эффективный алгоритм нозологической диагностики при синдроме ДКМП; 2/3 ее причин составляет миокардит,

который выявлен также у 10 из 17 больных с генетическими формами ДКМП. В целом синдром ДКМП полиэтиологичен, весьма характерно сочетание причин.

НЕКОМПАКТНЫЙ МИОКАРД КАК МОНОСИНДРОМ, КОМПОНЕНТ ПЕРВИЧНЫХ КАРДИОМИОПАТИЙ И ФОН ДЛЯ МИОКАРДИТА

*Благова О.В., Недоступ А.В., Седов В.П., Фролова Ю.В., Дземешикевич С.Л., Гагарина Н.В.,
Синицын В.Е., Мершина Е.А., Коган Е.А.*

*Первый МГМУ им. И.М.Сеченова,
РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского РАМН.*

Цель: изучить спектр клинических проявлений синдрома некомпактного миокарда и его сочетаний с первичными и приобретенными болезнями сердца.

Материал и методы: наблюдались 12 больных с выявленным при ЭхоКГ (n=9), МСКТ (n=5) и МРТ (n=6) некомпактным миокардом (НКМ) левого желудочка (у 2/3 больных его наличие подтверждено двумя методиками), 5 женщин, ср. возраст 41,5±12,4 лет. Выполнены 2 биопсии миокарда, 1 аутопсия.

Результаты: лишь у 4 пациентов НКМ был изолированным; еще у 4 отмечено сочетание НКМ с миокардитом, в т.ч. вирусным (парвовирус В19 в миокарде у 1, инфильтраты в биоптатах миокарда у 2, вирусы герпеса 6 и Эпштейна-Барр в крови у 2 больных с клиническими и КТ/МРТ-признаками миокардита); в 1 случае имелся также ДМПП в анамнезе. У 3 больных НКМ сочетался с врожденными заболеваниями: 1) с АДПЖ, верифицированной при аутопсии, оперированным ДМЖП (а также герпетическим миокардитом); 2) с ДМПП, гемиплегической мигренью и не-обструктивной ГКМП; 3) с иммунодефицитом и генетической миопатией (в крови – вирус Эпштейна-Барр). В одном случае НКМ выявлен у пациентки с болезнью Такаясу. Основными клиническими проявлениями были жизнеугрожающие нарушения ритма (у всех), сердечная недостаточность 2-4 ФК (n=8), внутрисердечный тромбоз (n=3), эмболии (n=1), признаки ДКМП (ср. КДР ЛЖ 6,2±0,7 см, ФВ 30,9±15,7%), рестрикции (n=6), митральная регургитация 2-3 степени (n=5). Выполнены 1 трансплантация сердца, 1 реконструктивная операция с протезированием митрального клапана, имплантировано 2 ЭКС (DDDR), 4 ИКД и 1 CRTD. Умерли 2 больных.

Заключение: синдром НКМ в 2/3 случаев не является изолированным и сочетается не только с врожденными болезнями сердца, но и с миокардитом.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕОБСТРУКТИВНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Богданов Д.В.

Челябинская государственная медицинская академия.

Цель: Оценка клинических вариантов течения гипертрофической необструктивной кардиомиопатии (ГНКМП) при проспективном 20-летнем наблюдении диспансерной группы больных.

Материалы и методы: Обследованы 152 больных гипертрофической кардиомиопатией (мужчин – 97, женщин – 55; средний возраст – 44,9 ± 1,74 года). Средний срок наблюдения – 15,2 ± 7,10 года. Обследование: физикальное исследование, ЭКГ, мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ по общепринятой схеме, коронароангиография. Критерий ГНКМП – градиент обструкции в покое ниже 25 мм рт.ст.

Результаты: К группе ГНКМП отнесены 85 (55,9%) больных. При ГНКМП имели место две формы течения заболевания – стабильная (82,4% больных) и прогрессирующая (17,6%). При прогрессировании исходно была тяжелее сердечная недостаточность (средний функциональный класс 2,11 ± 0,10 против 1,54 ± 0,09 при стабильном течении, p < 0,05) и выше частота всех жалоб. Прединдикторы прогрессирования ГНКМП – поражение правого желудочка, нарушение диастолической функции задней стенки левого желудочка (ЛЖ), сниженный ударный объем. В динамике при прогрессировании не выявлено увеличения толщины стенок ЛЖ, но обнаружено снижение глобальной диастолической и систолической функции. В 8 случаях (у 9% больных) произошла трансформация ГНКМП в дилатационную кардиомиопатию с расширением полости левого желудочка более 6 см со снижением фракции выброса ниже 45%.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭКГ-ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Богданов Д.В., Чернявская М.О.

Челябинская государственная медицинская академия.

Цель исследования: Оценка информативности ЭКГ-критериев гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и других ЭКГ-признаков для диагностики гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП).

Материал и методы исследования: Обследован 161 больной, 50 с ГКМП (20 женщин, 30 мужчин, средний возраст – $44,6 \pm 2,20$ лет), группа сравнения – 111 пациентов с ИБС и артериальной гипертензией (56 женщин и 55 мужчин, средний возраст – $49,5 \pm 1,46$ года). Верифицирующий метод – ЭхоКГ по стандартной методике. Использовали ЭКГ признаки: индекс Sokolov-Lyon для левого и правого желудочка, Корнельское произведение; наличие депрессии сегмента ST в левых грудных отведениях. Признаки были сгруппированы в три набора, где признаки ГЛЖ (один из двух, а также оба признака вместе) сочетались с критерием гипертрофии правого желудочка и с признаком нарушения реполяризации. Диагноз ГКМП предполагался при наличии 2 и более из трех признаков.

Результаты: Для ЭКГ-диагностики ГКМП целесообразно применять набор ЭКГ-критериев, включающий в себя ЭКГ-признак ГЛЖ, ЭКГ-признак гипертрофии правого желудочка, наличие депрессии сегмента ST в левых грудных отведениях. Чувствительность такого комплекса при условии наличия 2 и более признаков составляла 38–56%, специфичность – от 88 до 94%, диагностическая точность – от 74 до 80%. Включение в число критериев Корнельского произведения недостоверно увеличивало основные показатели информативности, использование обоих критериев ГЛЖ недостоверно повышало чувствительность.

РОЛЬ МУЛЬТИСРЕЗОВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ (МСКТ) В ДИАГНОСТИКЕ АНЕВРИЗМЫ ВОСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ

Валик О.В., Сакович В.А., Трофимов А.В.

ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Красноярск).

Цель исследования: показать возможности МСКТ в диагностике аневризмы восходящего отдела аорты, а также сопутствующей патологии.

Материалы и методы. В период с 1.04. 2011 по 1.07.2011 было обследовано 35 пациентов с подозрением на аневризму восходящего отдела аорты, в возрасте от 5 до 85 лет (средний возраст 49,7 лет), из них 29 мужчин и 6 женщин. Всем пациентам была выполнена МСКТ ангиография восходящей аорты с в/в болюсным контрастным усилением. Исследование выполнялось на МС компьютерном томографе Siemens Somatom Sensation (64-срезовый) с ЭКГ-синхронизацией и получением последующей мультипланарной реконструкцией. Результаты МСКТ исследований сопоставлялись с клиническими и эхокардиографическими данными.

Результаты исследования и их обсуждение. У 14 пациентов (40%) диагностирована аневризма восходящего отдела аорты (диаметр восходящей аорты от 5 см). Расслоение восходящей аорты диагностировано у двоих (5,7% от общего количества пациентов; 14,3% от числа пациентов с диагностированной аневризмой) – оба 2го типа по DeBakey. У 12 человек (34,3%) диагностировано расширение восходящей аорты (диаметр восходящей аорты более 3см, но менее 5 см). Также диагностирована сопутствующая патология: коарктация аорты – 4 человека (11,4%); атеросклероз грудной аорты – 2 человека (5,7%); кальциноз аортального клапана – 7 человек (20%). У 2х пациентов (5,7%) выявлены варианты отхождения ветвей грудной аорты. У 2х пациентов (5,7%) патологии не выявлено. При плановом оперативном лечении (у пациентов с аневризмой восходящего отдела аорты) совпадения диагнозов в 100% случаев. При срочном оперативном лечении по поводу расслоения совпадение диагнозов отмечено в 100% случаев. Совпадение данных МСКТ ангиографии с данными ЭхоКГ отмечалось в 13 случаях из 14 (93%) – некорректные размеры аорты по данным ЭхоКГ.

Выводы. МСКТ ангиография является высокоточным, информативным методом диагностики аневризм восходящей аорты, позволяет получить точную информацию о характере и степени патологических изменений аорты, позволяет точно измерить диаметр восходящего и других отделов дуги аорты, а также наличие осложнений аневризмы, таких, например, как расслоение.

ВОЗМОЖНОСТИ МНОГОСРЕЗОВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Валик О.В., Сакович В.А., Кедров А.С.

ФГБУ «ФЦССХ» Минздравсоцразвития России (г. Красноярск).

Цель: Показать возможности метода МСКТ-индексации коронарного кальция в диагностике атеросклеротического поражения коронарных артерий сердца.

Материалы и методы: В период с 01.11.10 по 01.06.11 было обследовано 47 пациентов с ишемической болезнью сердца (38 мужчин и 9 женщин) в возрасте от 34 до 72 лет, средний возраст $55,3 \pm 7,2$ года. В группу сравнения включено 42 пациента без ИБС (34 мужчины и 8 женщины) в возрасте от 36 до 74 лет, средний возраст $53,8 \pm 8,2$ лет. Всем пациентам была выполнена МСКТ сердца с последующим подсчетом индекса коронарного кальция по шкале A.S. Agatston. Сканирование проводилось на МС томографе Siemens Somatom Sensation 64, с ЭКГ-синхронизацией. Полученные мультипланарные реконструкции обрабатывались с помощью программы фирмы Siemens, по подсчету индекса коронарного кальция – «CaScoring». Результаты исследований сопоставлялись с клиническими данными, данными лабораторных и инструментальных методов исследования.

Результаты исследования и их обсуждение: Кальциевый индекс в группе больных ИБС был значительно выше, чем в группе контроля ($469,8 \pm 173,8$ ед. и $22,5 \pm 11,8$ ед., $p=0,01$). Проведенные работы по сопоставлению полученных результатов индексации коронарного кальция и данных КАГ выявили не только прямую связь, но и корреляцию между выраженностью стеноза коронарных артерий и значениями индекса коронарного кальция. Таким образом, МСКТ-индексация коронарного кальция имеет высокие показатели чувствительности в диагностике атеросклеротического поражения коронарных артерий.

Выводы: МСКТ-индексация коронарного кальция неинвазивная методика, позволяющая вести количественный подсчет накопления коронарного кальция, которая может широко использоваться в клинической практике:

- как скрининг у пациентов с высоким риском развития атеросклеротического поражения коронарных артерий;
- для отбора пациентов с ишемической болезнью сердца с целью проведения КАГ;
- для количественной оценки прогрессирования атеросклеротического поражения коронарных артерий и определения эффективности назначенной медикаментозной терапии.

МИКРОПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА И ОСОБЕННОСТИ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПЛАНОВОЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКЕ

Воробьева А.В., Зверев Д.А., Есипович И.Д., Машек О.Н., Барт В.А., Дорофеев В.В., Кулешова Э.В.

Цель: выявить зависимость развития микроповреждений миокарда от характера поражения коронарных артерий и особенностей вмешательства у больных, подвергшихся чрескожной коронарной ангиопластике.

Методы. Обследованы 113 человек в возрасте от 32 до 80 лет, 90 мужчин и 23 женщины. У 100 (89%) пациентов была стабильная стенокардия напряжения 1-4 ФК, у 18 (16%) – безболевого ишемия миокарда. Инфаркт миокарда перенесли 66 (58%) больных, предшествующее ЧКВ – 10 (9%), коронарное шунтирование – 6 (5%). Поражение одной магистральной артерии по результатам коронарографии выявлено у 50 больных (56,5%), двух – у 37 (41,8%), трех – у 26 (29,3%). Поражение основного ствола левой коронарной артерии имело место у 4 больных (4%), передней межжелудочковой артерии (ПМЖ) – у 81 (72%), огибающей артерии (ОА) – у 51 (45%), правой коронарной артерии (ПКА) – у 49 (43%). Бифуркационное поражение имело место у 41 (46,3%) пациента. Хронические окклюзии были выявлены у 22 (24,8%) больных. Стенозы типа А определялись у 24 (27%) пациентов, типа В – у 54 (61%), типа С – у 30 (33,9%), в 5 (5,6%) случаях был выявлен рестеноз в ранее имплантированном стенте.

Чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) осуществлялось по стандартной методике, имплантировались металлические и стенты с лекарственным покрытием. Все пациенты перед ЧКВ перорально получали ацетилсалициловую кислоту в дозе 300 мг и клопидогрель в дозе 75-600 мг.

Коронарная ангиопластика со стентированием одного сосуда была выполнена 74 больным (65,5%), двух сосудов – 34 (30%), трех сосудов – 4 (3,5%), основного ствола ЛКА – 1 больному (0,9%). Бифуркационное стентирование произведено у 10 (8,8%) больных, прохождение хронической окклюзии – у 13 (11,5%). Перед имплантацией стента преддилатация стеноза производилась у 71 (63%) больного, постдилатация – у 24 (21%). Максимальное давление на баллоне составляло 10–20 атм., количество инфляций от 1 до 3. Микроповреждения миокарда оценивались на основании динамики кардиоспецифических маркеров. До и через 24 часа после ЧКВ в сыворотке крови оценивалась концентрация тропонина I (Tn I) и МВ-КФК (по массе) на иммуноферментном анализаторе AxSYM фирмы Abbott. Верхним референсным уровнем (ВРУ) считалось содержание Tn I $0,4$ нг/мл, для МВ-КФК – $3,8$ нг/мл.

Результаты: После вмешательства концентрация Tn I до $0,4$ нг/мл определялась у 88 (78%) человек, от $0,41$ до $1,2$

нг\мл – у 8(7%) больных, более 1,2 нг\мл – у 17 (15%).

Концентрация МВ-КФК до 3,8 нг\мл отмечалась у 85 (81%) больных, от 3,9 до 11,4 нг\мл – у 12 (11%), более 11,4 нг\мл – у 6 (6%).

Обнаружена прямая корреляционная связь между концентрацией кардиоспецифических маркеров после вмешательства и суммарной протяженностью и типом стенозов, числом установленных стентов, максимальным диаметром и длиной стента, максимальным давлением в баллоне при пре- и постдилатации и числом инфляций. Для общей группы пациентов не установлено значимой корреляции между концентрацией маркеров и числом артерий, на которых выполнялось ЧКВ, прохождением хронической окклюзии и стентированием бифуркационных стенозов.

Выводы: Возникновение микроповреждений миокарда в ходе ЧКВ связано с особенностями проведения вмешательства, обусловленными характером стеноза, размерами стента и необходимостью пре- и постдилатации, а так же от факторов, зависящих от суммарного количества инфляций.

СОПОСТАВЛЕНИЕ ДИНАМИКИ МНО И ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ В ПРОЦЕССЕ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ВАРФАРИНУ ТЕРАПИИ ФЕНИНДИОНОМ (ФЕНИЛИНОМ)

Выдрина Н.Д., Третьяков А.Ю., Шиленок В.Н., Захарченко С.П., Карнаух Н.В.

*Белгородский государственный университет,
Областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгород, Россия.*

Цель работы. Изучение эффективности применения фенилина в сравнении с варфарином в оптимизации антикоагулянтной терапии у больных мерцательной аритмией.

Материалы и методы. В исследование включены больные 2-х групп, страдающие фибрилляцией предсердий в возрасте от 27 до 80 лет: 1-я - пациенты, получающие фенилин (ХФЗ «Здоровье», Украина, схема приёма: в 1-й день приёма, -120мг/сут., 2-й день, -90мг/сут, затем 60мг/сут, до достижения целевого МНО): 14 мужчин, возраст 62,1±9,8; 7 женщин, средний возраст 59,6±16. 2-я группа - пациенты, получающие варфарин (Никомед, Дания): 9 мужчин в возрасте 59,2±11,2года; 5 женщин, возраст 63,4±7,8 года. ПТИ определяли унифицированным методом диагностики Квика, с частотой 1 раз в неделю в течение месяца.

Результаты. Целевые значения МНО в группе больных, получающих фенилин были достигнуты, раньше ($p=0,027$), в среднем, на 9,7±8,1 день приёма (Ме - 5, 25 и 75% квартиль - 4 и 15), средняя суточная дозировка составила 84,8±24,7 (Ме - 75, 25 и 75% квартиль - 60 и 112), а в группе больных, получающих варфарин, на 12,7±5,4 сутки (Ме - 12, 25 и 75% квартиль - 10 и 13), средняя доза -5,17+/-1,28 мг/сут (Ме - 5, 25 и 75% квартиль - 5 и $p=1,0$ по точному критерию Фишера).

Выводы. Фениндион (Фенилин) является адекватной альтернативой варфарину, раньше чем последний формируя терапевтическую гипокоагуляцию и имея сопоставимую частоту геморрагических расстройств.

ИЗУЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФЕНИЛИНА У БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Выдрина Н.Д., Третьяков А.Ю., Шиленок В.Н., Захарченко С.П., Грищенко А.А.

Белгородская клиническая больница Святителя Иоасафа, г. Белгород, Россия.

Актуальность проблемы. Достижения медицинской науки в разработке и совершенствовании антикоагулянтной терапии больных с фибрилляцией предсердий позволяют спасти от летальных осложнений большое количество пациентов. Это делает актуальными проблемы оптимизации лечения пероральными антикоагулянтами путём контроля антикоагулянтной терапии, предотвращения неблагоприятных побочных реакций, в частности- генерализованные кровотечения.

Цель исследования. Изучить безопасность применения фенилина у больных фибрилляцией.

Материалы и методы. В исследование включены больные в возрасте от 27 до 80 лет, страдающие фибрилляцией предсердий, на фоне застойной сердечной недостаточности, получающие фенилин, ХФЗ «Здоровье», Украина: 14 мужчин, средний возраст 62,1±9,8; 7 женщин, средний возраст 59,6±16. ПТИ определяли унифицированным методом диагностики Квика, с частотой 1 раз в неделю в течение месяца, затем, по достижении целевых значений МНО(2-3), контролировали этот показатель 1р/месяц.

Результаты. У 1 пациента (4,8%), в исследуемой группе на фоне гипокоагуляции наблюдались подкожные гематомы, ушное кровотечение. При определении МНО на следующие сутки после кровотечения наблюдалась гипокоагуляция (МНО составляло 6,4), 1 больной указал на перенесенное носовое кровотечение, купированное самостоятельно, к врачу не обращался, анализ крови на коагулограмму не проводился.

Выводы. Кровотечения при применении фенилина наблюдались в 9,5% случаев, что не выше, чем при приеме варфарина.

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ CYP2C9 С УЧЕТОМ БЕЗОПАСНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФЕНИЛИНА У БОЛЬНЫХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Выдрина Н.Д., Третьяков А.Ю., Сычёв Д.А., Ромащенко О.В., Шиленок В.Н., Захарченко С.П.

Белгородский государственный университет,

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,

Областная клиническая больница Святителя Иоасафа, г. Белгород, Россия.

Актуальность проблемы. Фармакогенетика является бурно развивающейся наукой. Это создаёт предпосылки для персонализации выбора лекарственных средств и их доз на основе генотипирования пациентов. Исследований такого рода в отношении фенилина не проводилось.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь генетических полиморфизмов CYP2C9 с развитием кровотечений у больных фибрилляцией предсердий, получающих фенилин, ХФЗ«Здоровье», Украина.

Материалы и методы. В исследование включены больные в возрасте от 27 до 80 лет, страдающие фибрилляцией предсердий: 16 мужчин (возраст $61,8 \pm 9,3$ года), 9 женщин (возраст $61,6 \pm 14,5$ лет). ПТИ определяли унифицированным методом диагностики Квика, с частотой 1 р/неделю в течение месяца, по достижении целевых значений МНО (2-3), контролировали МНО 1р/месяц. Проводилось генотипирование ДНК из лейкоцитов периферической крови методом ПЦР.

Результаты. Спонтанные кровотечения наблюдались: у носителя «медленных» аллелей CYP2C9 *2/*3, - носовое кровотечение, и микрогематурия у носителя CYP2C9 *1/*2 на фоне терапевтических значений МНО. Более эпизоды не повторялись. Повторные носовые кровотечения, подкожные гематомы, кровотечение из уха, наблюдалось у больного с генотипом CYP2C9 *1/*2.

Выводы. Частота кровотечений среди носителей «медленных» аллельных вариантов, при сравнении суммарных значений числа кровотечений среди CYP2C9 *2/*3 и CYP2C9 *1/*2, достоверно ($p=0,027$) выше, чем у носителей т.н. «диких» аллелей.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИСТЕМНОГО ВОВЛЕЧЕНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП.

Вютрих Е.В.², Беляева Е.Л.², Лобанов М.Ю.², Земцовский Э.В.^{1,2}

Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова¹,

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия².

Понятие системного вовлечения соединительной ткани (СВСТ) введено в ревизованных Гентских критериях (РГК), как один из критериев диагностики синдрома Марфана и родственных ему наследственных нарушений соединительной ткани (ННСТ).

Цель исследования: выявить распространенность СВСТ у лиц старших возрастных групп и его особенности в возрастных и гендерных группах.

Материалы и методы: Обследовано 164 человека в возрасте от 40 до 86 лет (средний возраст (ср.в.) $59,7 \pm 10,5$ лет). Сформировано две возрастные группы:

«до 65 лет» – $n=100$ (ср.в. $51,9 \pm 7,7$) и «65 лет и старше» – $n=64$ (ср.в. $71,7 \pm 4,5$).

В соответствии с РГК (2010) всем пациентам проведена оценка СВСТ.

Результаты: У 17,6% определено «значимое» (5-6 баллов), а у 4,9% «выраженное» (7 и более) СВСТ. Минимальный балл СВСТ (0-1) имели 27,5% обследованных лиц. Средний балл СВСТ уменьшался с возрастом ($3,17 \pm 2,0$ и $2,5 \pm 1,6$, $p<0,05$). В группах с СВСТ преобладали женщины ($p=0,09$). Лица с СВСТ имели более низкий ИМТ ($25,3 \pm 4,0$ против $28,9 \pm 5,9$, $p<0,005$). У них чаще выявлялась повышенная растяжимость кожи (51,4% против 24,3%, $p<0,05$), варикозная болезнь нижних конечностей (ВБНК) (64,9% против 40,5%, $p<0,05$), был выше средний балл мобильности суставов ($4,0 \pm 2,8$ против $2,1 \pm 2,3$, $p<0,005$).

Заключение: У четверти пациентов старших возрастных групп выявляются признаки СВСТ, и лишь у 4,9% «выраженное». Средний балл СВСТ уменьшается с возрастом. Лица с СВСТ имеют более низкие показатели ИМТ и склонны к развитию ВБНК.

УРОВЕНЬ ФИБРИНОГЕНА, ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И АКТИВНОСТЬ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Гайдукова И.З., Ребров А.П.

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздравсоцразвития России.

Сердечно-сосудистая заболеваемость больных псориазом (ПсА) в 1,5 раза превышает популяционную, что может быть связано с вовлечением сердечно-сосудистой системы в системное воспаление. Изучение факторов, связывающих активность ПсА с изменениями сосудистой стенки, представляется актуальным.

Цель исследования – установить взаимосвязь уровня фибриногена (ФГ) с активностью ПсА и жесткостью сосудистой стенки.

Методы. Обследовали 56 пациентов с ПсА без сердечно-сосудистых заболеваний (возраст $44,86 \pm 12,57$ г. ($M \pm \sigma$)), мужчины 48%) и 40 лиц без заболеваний суставов (группа сравнения), возраст $42,34 \pm 11,68$ г., мужчины – 50%. Изучали активность ПсА (число припухших суставов, индекс DAS4, СОЭ, в/ч СРБ) и жесткость сосудистой стенки: индексы аугментации (%) (Артериограф, Тензимед). Уровень ФГ определяли по методу Р. Рутберг (1961).

Результаты. Установили повышение уровня ФГ у пациентов с ПсА по сравнению с лицами группы сравнения ($4,1 [3,4; 4,5]$ г/л vs $2,2 [1,7; 3,3]$ г/л, $p=0,001$). Выявили взаимосвязь ФГ с показателями активности артрита – числом припухших суставов (r Спирмена= $0,6$; $p<0,0001$), индексом активности DAS4 ($r=0,56$; $p=0,01$), СОЭ ($r=0,6$; $p<0,0001$), СРБ ($r=0,7$; $p<0,0001$). Установили взаимосвязи уровня ФГ с показателями жесткости сосудистой стенки – индексом аугментации в плечевой артерии ($r=0,55$; $p=0,008$) и индексом аугментации в аорте ($r=0,52$; $p=0,007$).

Заключение. Уровень фибриногена взаимосвязан с активностью псориазического артрита и с жесткостью сосудистой стенки.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КОНЦЕНТРАЦИИ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПРОПЕПТИДА И МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ В КОМПЛЕКСНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Гончарова Н.С., Наймушин А.В., Казымлы А.В., Моисеева О.М.

ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова», Санкт-Петербург.

Цель: оценить клиническую значимость содержания мозгового натрийуретического пропептида (МНП) и мочевой кислоты (МК) в сыворотке крови у пациентов с легочной артериальной гипертензией (ЛАГ) в качестве неинвазивных показателей, характеризующих тяжесть ЛАГ.

Методы: 25 пациентов (22Ж/3М, $43,2 \pm 14,3$ лет): 13 – с идиопатической ЛАГ, 5 – с ЛАГ на фоне корригированных врожденных пороков сердца, 4 – пациента с хронической тромбоэмболической ЛАГ и 3 пациента с ЛАГ на фоне системной склеродермии. Проведены: Т6МХ, катетеризация правых камер сердца с манометрией и оксиметрией, исследование концентрации МНП и мочевой кислоты в сыворотке крови.

Результаты: у 40% пациентов симптомы ЛАГ соответствовали II ФК, у 28% – III ФК и у 32% – IV ФК. Концентрация МК в сыворотке крови было выше у пациентов с периферическими отеками ($5,55 \pm 1,3$ против $3,6 \pm 1,2$, $p=0,04$), низкой сатурацией крови кислородом ($r=-0,64$, $p<0,01$). Повышение концентрации МК и МНП было ассоциировано с уменьшением дистанции прохождения в Т6МХ ($r=-0,52$, $p=0,01$; $r=-0,68$, $p=0,03$ соответственно). Обнаружена прямая корреляционная зависимость между содержанием МК и давлением в правом предсердии ($r=0,48$, $p=0,03$). С прогрессированием ЛАГ нарастала концентрация МК (ANOVA, $p=0,03$). Выявлена отрицательная корреляционная зависимость между концентрацией МНП и сердечным индексом ($r=-0,71$, $p=0,03$), и положительная связь с индексом легочного сосудистого сопротивления ($r=0,82$, $p<0,01$).

Вывод: определение концентраций мозгового натрийуретического пропептида и мочевой кислоты в сыворотке крови может быть использовано для комплексной неинвазивной оценки тяжести ЛАГ.

ПРИЧИНЫ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Гордеева М.В.¹, Митрофанова Л.Б.², Пахомов А.В.², Платонов П.Г.³, Шубик Ю.В.¹

СПбГМА им. И.И.Мечникова, СПб, Россия ¹,

ФЦСКиЭ им. В.А.Алмазова, СПб, Россия ²,

Лундский Университет, Лунд, Швеция ³.

Цель исследования: оценка причин внезапной сердечной смерти (ВСС) у молодых.

Материал и методы: сплошная выборка из 100 молодых людей в возрасте 14–35 лет (Санкт-Петербург, 03.–06.2011 г.), причина смерти которых определена как ВСС. Проводился анализ аутопсий, анкетированный опрос свидетелей и родственников, МРТ сердца, органометрия сердца, морфометрическое гистологическое, ИГХ исследование образцов миокарда передней, боковой стенок ПЖ, передней стенки ЛЖ, МЖП, клапанов сердца, коронарных артерий и интрамиокардиальных артерий.

Результаты: из 84 мужчин и 16 женщин употребляли наркотики – 34, злоупотребляли алкоголем – 26 (сочетание – 4) чел. Без вредных привычек 36. Причины ВСС: аритмогенная кардиомиопатия ПЖ – 18, алкогольная миокардиодистрофия – 18, активный миокардит – 15, хр. миокардит – 14, ГКМП – 8, токсическая КМП – 7, ИБС – 6, аномалии коронарных артерий со спастическим ИМ-5, соединительнотканые дисплазии в сочетании с активным миокардитом – 5, ВПС в сочетании с активным миокардитом – 3, хр. ревматическая болезнь сердца в сочетании с хр. миокардитом – 1, саркома сердца – 1, некомпактный миокард – 1, без морфологической и гистологической патологии – 14.

Выводы: 1. Злоупотребление алкоголем и/или наркотиками ассоциируется с высоким риском ВСС. 2. Отсутствие изменений сердца требует исключения каналопатий. 3. ВСС в молодом возрасте требует обследования ближайших родственников умершего для исключения генетически детерминированных заболеваний, сопровождающихся жизнеопасными желудочковыми аритмиями.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ ТАХИАРИТМИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЛАТЕНТНО ПРОТЕКАЮЩИМ МИОКАРДИТОМ

Грохотова В. В., Лебедев Д. С., Митрофанова Л. Б.

Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова, Санкт-Петербург.

Цель исследования – оценить ранний эффект и отдаленные результаты радиочастотной абляции (РЧА) желудочковых тахикардий (ЖТА) у пациентов с латентно протекающим миокардитом.

Материалы и методы. В исследование включено 12 человек, перенесших РЧА ЖТА. Диагноз воспалительно-го заболевания миокарда верифицирован на основании морфологических и иммуногистохимических критериев по результатам эндомиокардиальной биопсии (ЭМБ). Средний возраст обследованных составил 36±12 лет (мужчин : женщин = 52:48%). У 4 пациентов установлена связь ЖТА с перенесенной инфекцией. Пароксизмальная желудочковая тахикардия (ЖТ) с или без желудочковой экстрасистолии (ЖЭС) выявлена у 4 пациентов, у 8 – ЖЭС более 15 000/сутки по данным холтеровского мониторирования ЭКГ. По данным ЭхоКГ все пациенты имели нормальную или незначительно сниженную ФВ левого желудочка (ЛЖ) – 58±7% (по Simpson). У 2 пациентов выявлены зоны гипокинезии. О раннем эффекте РЧА свидетельствовало отсутствие ЖЭС исходной морфологии через 30 минут после воздействия, а также отсутствие или снижение более чем на 90% ЖЭС исходной морфологии при ХМ ЭКГ в течение недели после РЧА.

Результаты. Ранний эффект РЧА наблюдался у 58% больных. Отрицательный эффект РЧА у 5 больных в основном был обусловлен отсутствием аритмии в момент операции, а также с эпикардиальным или парагиссальным расположением очага. Через 6 месяцев у 50% пациентов, имевших ранний эффект, появилась желудочковая эктопия, отличная по морфологии QRS комплексов от исходной в количестве более 15 000/сутки, что потребовало повторной РЧА. У второй половины пациентов количество ЖЭС не превышало 3000/сутки, что расценено как стабильный эффект РЧА. Свободу от антиаритмической терапии (ААТ) имели только 2 пациента (33% больных), имевших ранний эффект абляции.

Вывод: 50% пациентов с морфологически доказанным миокардитом, имеющих ранний эффект РЧА, требуют повторной операции из-за появления новых очагов эктопии. У 50% больных доказан стойкий положительный эффект абляции. При этом 77% больных требуют ААТ в послеоперационном периоде.

ПЛИКАЦИОННАЯ ПЛАСТИКИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ И НАРУШЕНИЯ ПРОВОДИМОСТИ

Гуриценов А.В., Сухова И.В., Грачёва П.В., Наймушин А.В., Гордеев М.Л.
ФГУ «Центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Российская Федерация.

Цель исследования: Оценить возможное влияние пликационной пластики левого предсердия на частоту имплантации ПЭКС.

Материалы и методы: Были исследованы данные традиционной ЭКГ, а также суточного мониторирования ЭКГ у 237 пациентов с атриомегалией, перенёвших коррекцию митрального порока. Из них 107 пациентам дополнительно выполнялась шовная пластика левого предсердия (ПлЛП). 130 пациентов перенесли изолированную коррекцию митрального порока. Производилось сравнение частоты имплантации ПЭКС в группах с ПлЛП и без таковой с использованием критерия χ^2 Пирсона. Учитывались только случаи вновь имплантированных ПЭКС в каждой временной точке.

Результаты: До операции количество ПЭКС между группами с ПлЛП и без таковой значимо не отличалось ($p = 0,45$) – в группе с ПлЛП ПЭКС имели 2 (1,87%) пациента, в группе без ПлЛП 1 (0,77%). В раннем п/о периоде появляются значимые различия между группами ($p = 0,02$) – из 105 больных с ПлЛП ПЭКС были имплантированы 11 (10,5%), из 128 пациентов без ПлЛП ПЭКС был имплантирован в 4 (3,125%) случаях. В отдалённом п/о периоде также выявляются значимые различия между группами с ПлЛП и без таковой ($p = 0,03$). Количество ПЭКС составило соответственно 7 (14,3%) на 49 обследованных больных группы с ПлЛП и 2 (3,2%) на 63 больных группы без ПлЛП.

Выводы: Выполнение пликационной пластики левого предсердия ассоциировано со значимо большей частотой нарушений проводимости, требующих имплантации ПЭКС.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОД ВЛИЯНИЕМ ТЕРАПИИ

Демикова Н.В., Руденко Т.Н.
Сумский государственный университет, г. Сумы, Украина.

Одним из ведущих патогенетических факторов артериальной гипертензии (АГ) является нарушение функции эндотелия. Сильное вазоконстрикторное действие эндотелина-1 и повышение его уровня в плазме может свидетельствовать о прогрессировании АГ и развитии хронической сердечной недостаточности (ХСН). О состоянии вазопрессорных эндотелиальных механизмов судят по уровню эндотелина-1 и цАМФ, а вазодилаторных механизмов – по содержанию цГМФ.

Цель. Оценить показатели, характеризующие эндотелиальную функцию при АГ (эндотелин-1, цАМФ, цГМФ), под влиянием терапии рамиприлом и небивололом.

Результаты. Обследовано 96 больных с АГ, осложненной ХСН. Клинические признаки ХСН I ФК имели 44, II ФК-40, III ФК-12 пациентов (по NYHA). У больных с I ФК ХСН был повышен уровень эндотелина-1 в 2,6 раз, снижен цГМФ на 20,5%, повышен цАМФ на 15%, что свидетельствует о преобладании вазопрессорных механизмов. У больных с II ФК ХСН уровень эндотелина-1 был близок к уровню у пациентов без признаков ХСН, тогда как при ХСН III ФК – повышен на 71,9%. У больных всех ФК был повышен в 1,5–2 раз уровень цАМФ, а цГМФ снижен на 31%. Терапия рамиприлом и небивололом приводит к достоверному снижению АД (у 70,58%) и способствует нормализации суточного профиля АД. После лечения отмечена тенденция к снижению эндотелина-1 и цАМФ, и повышение цГМФ.

Вывод. Эндотелиальная дисфункция проявляется повышением содержания вазоспастических факторов эндотелина-1 (возрастает с повышением ФК ХСН) и цАМФ; снижением цГМФ. При терапии рамиприлом и небивололом отмечена тенденция к нормализации показателей эндотелиальной дисфункции.

ОПЕРАЦИЯ ОБРАТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА КАК ВОЗМОЖНАЯ АЛЬТЕРНАТИВА ПЕРЕСАДКИ У ПАЦИЕНТОВ С КОНЕЧНОЙ СТАДИЕЙ ДКМП

Дземешкевич С.Л., Раскин В.В., Дземешкевич А.С., Маликова М.С., Фролова Ю.В., Воронина Т.С., Ризун Л.И., Ван Е.Ю.

Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского РАМН.

Цель исследования: на основании опыта РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН оценить непосредственные и отдаленные результаты операций «обратного ремоделирования» у пациентов с терминальной стадией ДКМП.

Материал и методы: за период с 2008 года по 2011 год было выполнено 19 операций у пациентов с конечной стадией ДКМП. Этиология порока: вирусный генез 7 (36,8%); генетически обусловленная у 4 (21,1%); смешанного генеза (клапанная патология, вирусное поражение, токсины, ИБС) у 8 (42,1%). Средний возраст пациентов составил 50±15 лет. Все пациенты имели НК 2 б, класс по NYHA IV. Параметры по данным ЭхоКГ до операции (табл 1).

Параметры		P
ФВ ЛЖ, %	27±10	≤0,05
ЛП, см	6,8±1,5	≤0,05
КДР ЛЖ см	7,5±0,9	≤0,05
КСР ЛЖ см	6,5±1,0	≤0,05
КДО ЛЖ, мл	293±108	≤0,05
КСО ЛЖ, мл	210±104	≤0,05
УО ЛЖ, мл	83±34	≤0,05
СДЛА, мм.рт.ст.	44±15	≤0,05
Митральная недостаточность, ст	3-4	≤0,05

Диффузный гипокинез всех или большинства сегментов ЛЖ. На ЭКГ у большинства пациентов различная степень блокады левой ножки пучка Гиса (чаще), или обеих ножек пучка Гиса.

У всех пациентов была выполнена операция – «обратное ремоделирование сердца», которая включает в себя одномоментную коррекцию недостаточности клапанного аппарата сердца (митральная и трикуспидальная пластика или протезирование), коррекцию размеров полостей сердца (ремоделирование желудочков и предсердий). 5 (26,3%) пациентам выполнена имплантация ресинхронизирующих устройств, 5 (26,3%) – коронарное шунтирование и 1 (5,3%) протезирование АК.

Результаты: Госпитальная летальность 1 (5,3%) пациент от прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточности. Отдаленная летальность 1 (5,3%) пациент через 1 год после вмешательства от прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточности. Результаты ЭхоКГ в послеоперационном периоде представлены в табл. 2:

Параметры		P
ФВ ЛЖ, %	31±9	≤0,05
ЛП, см	4,7±0,8	≤0,05
КДР ЛЖ см	7, 0±0,8	≤0,05
КСР ЛЖ см	6,0±0,8	≤0,05
КДО ЛЖ, мл	255±110	≤0,05
КСО ЛЖ, мл	180±93	≤0,05
УО ЛЖ, мл	75±28	≤0,05
СДЛА, мм.рт.ст.	34±8	≤0,05

Выводы: Операция «обратного ремоделирования» может быть альтернативой пересадки сердца у пациентов с терминальной стадией ДКМП, дает удовлетворительные послеоперационные результаты. Дальнейшее изучение требует уточнение показаний с учетом этиологии ДКМП, оценки прогноза и тактики специфической медикаментозной терапии в отдаленном периоде после операции.

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА, РАЗВИВШАЯСЯ ВСЛЕДСТВИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

*Дземешкевич С.Л., Фролова Ю.В., Раскин В.В., Дземешкевич А.С., Маликова М.С.,
Воронина Т.С., Ризун Л.И.*

Представлен клинический случай, посвященный хирургическому лечению хронической эмболической болезни легких в условиях искусственного кровообращения, глубокой гипотермии и циркуляторного ареста.

Пациент Г., 23 года, поступил с диагнозом: тромбоз нижней полой вены с дистальным и проксимальным (до правого предсердия) распространением, хроническая двухсторонняя тромбоз эмболия легочных артерий, легочная гипертензия, дилатация и снижение сократимости правого желудочка (вторичная кардиопатия), тяжелая застойная сердечная недостаточность.

ЭхоКГ при поступлении: левый желудочек КДР – 4,8 см, КДО – 97 мл, КСО – 43 мл, ФИ – 56 %. Дилатация правых полостей: правый желудочек 4,5 см значительно расширен, среднее давление в ЛА 120 мм рт.ст. Недостаточность трикуспидального клапана 4 ст. Нижняя полая вена диаметр: 23 мм, в просвете вены на всем протяжении визуализируется пристеночный тромб, выполняющий 60% просвета сосуда, с флотирующей проксимальной частью

Радиоизотопное исследование легких: существенное снижение перфузируемого объема, множественные очаги гипо- и отсутствия перфузии крупных размеров, клиновидной и неправильной формы преимущественно в области верхней и средней долей правого легкого и практически всей верхней доли левого легкого.

Операция: тромбэктомия и тромбэндартерэктомия из нижней полой вены, тромбэндартерэктомия из легочных артерий, ушивание ДМПП в условиях ИК и циркуляторного ареста.

При контрольной ЭХО-КГ: ЛА проходима, максимальное давление 30 мм рт.ст., уменьшение правого желудочка до 3,4 см, правого предсердия 4,6х4,8 см. Недостаточность на трикуспидальном клапане не более II степени.

Выводы: пациенты с хронической ТЭЛА имеют 30% 5-летнюю выживаемость при среднем давлении в легочной артерии выше 30 мм рт.ст. и 10% выживаемость при среднем давлении выше 50 мм рт.ст. Приведенное в настоящей публикации наблюдение – еще одно свидетельство того, что легочная тромбэндартерэктомия является единственным эффективным методом лечения хронической ТЭЛА.

НОВООБРАЗОВАНИЯ СЕРДЦА

Дикарев К.В., Антонова И.В., Майская М.Ю., Гордеева М.В., Митрофанова Л.Б.

ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова»,

Калининское ЦПАО ГПАБ,

СПбГМА им. И.И.Мечникова.

Введение. Прижизненная диагностика опухолей сердца трудна. Прогноз зависит от своевременности выявления опухоли и радикальности её удаления.

Материалы и методы. Проведено исследование архивного материала патологоанатомических отделений. Для уточнения гистогенеза опухоли выполнялось иммуногистохимическое исследование.

Результаты исследования. Всего выявлено 116 наблюдений (18-секционный, 98-операционный материал) опухолей, из них 13 (11,2%) вторичных. Среди первичных опухолей преобладали доброкачественные новообразования (90,3%): миксома, липома, мезенхимомы, сосочковая фиброэластома, мезотелиома, лейомиома. Чаще всего новообразования локализовались в левом предсердии (86%), реже в аортальном клапане (6,8%), правом желудочке и перикарде (5%). Только в одном наблюдении крупная липома межжелудочковой перегородки у М. 36 лет привела к нарушениям ритма и смерти. Злокачественные опухоли (саркомы) обнаружены в 10 наблюдениях у 8 женщин (23–72 г) и 2 мужчин (14, 73 г.). Иммуногистохимическое исследование позволило в большинстве случаев определить гистогенез сарком: лейомиосаркома – 3, рабдомиосаркома – 2, ангиосаркома – 1, липосаркома – 1, нейrogenная саркома – 1, злокачественная мезенхимомы – 2. Наблюдения вторичных опухолей касались метастазов рака бронха – 4, простаты – 2, печени – 2, почки – 1, саркомы внесердечной локализации – 2, метастатическое поражение сердца при лимфоме – 2.

Выводы. Доброкачественные опухоли сердца встречаются значительно чаще. Ранняя диагностика и радикальное хирургическое лечение может приводить к полному выздоровлению больных.

ИНДЕКС МАССЫ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОФИСНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ ГОРОДА КУРСКА

Ерина А.М., Ротарь О.П., Солнцев В.Н., Конради А.О.

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

Росмедтехнологий, Санкт-Петербург, Россия.

Целью нашего исследования было оценить распространенность офисной (или «белого халата») и изолированной амбулаторной артериальной гипертензии и ее связь с гипертрофией левого желудочка у жителей города Курска.

Материалы и методы. В исследовании приняла участие рандомизированная, стратифицированная по полу и возрасту выборка из 173 жителей города Курска. Все обследуемые были опрошены по вопроснику, который включал личные данные, сведения относительно курения, потребления алкоголя, физической активности, сопутствующей патологии и терапии. Артериальное давление (АД) и пульс измерялись в положении сидя трехкратно на правой руке. Проводились антропометрические измерения, забор крови для определения липидного спектра и глюкозы натощак. Пациенты с наличием хотя бы одного компонента МС (артериальная гипертензия (АГ) или антигипертензивная терапия, ожирение, гипертриглицеридемия или снижение уровня ЛПВП) и при отсутствии ассоциированных клинических состояний (ИБС, перенесенные инфаркт миокарда, инсульт или транзиторная ишемическая атака, сердечная или почечная недостаточность, клинически значимые нарушения ритма, сахарный диабет), онкологических заболеваний были приглашены на следующий этап обследования. На втором этапе участникам (n= 69) проводились: эхокардиография (ЭхоКГ), ультразвуковая доплерография брахиоцефальных артерий с оценкой толщины интимамедиа (ТИМ), суточное мониторирование артериального давления (СМАД), определение сердечно-лодыжечного сосудистого индекса, лодыжечно-плечевого индекса, уровня альбумина в утренней порции мочи. ЭхоКГ выполнялась на аппарате Vivid S5 (GE, США), датчик 3,25 МГц. Площадь поверхности тела рассчитывалась по формуле Dubois, масса миокарда левого желудочка по формуле Devereux (1986). СМАД проводилось на аппарате ДМС-МДП-НС-02с. В связи с особенностями организации исследования статистический анализ выполнялся с использованием «взвешенных» данных.

Результаты исследования. При офисных измерениях артериальная гипертензия была определена как систолическое артериальное давление ≥ 140 мм рт. ст. или диастолическое артериальное давление ≥ 90 мм рт. ст. При СМАД критерием артериальной гипертензии было среднесуточное артериальное давление $\geq 125/80$ мм рт.ст.

Распространенность различных форм АГ и ИММЛЖ представлены в таблице.

Форма АГ	N	Сумма весов	Распространенность формы АГ, %	Среднее значение ИММЛЖ
Истинная нормотензия	22	25,08	36,3	113,6 $\pm$ 21,8
Амбулаторная АГ	11	10,62	15,4	114,1 $\pm$ 24,8
Офисная АГ	5	7,03	10,2	131,0 $\pm$ 14,0
АГ в офисе и амбулаторно	31	26,27	38,1	134,2 $\pm$ 26,3

В совокупности между формами АГ различие статистически значимо с $p=0,01$.

Вывод. Как изолированная офисная артериальная гипертензия, так и изолированная амбулаторная гипертензия нередко наблюдаются у лиц с компонентами метаболического синдрома, считающих себя практически здоровыми. При этом лица с АГ «белого халата» имеют ИММЛЖ сопоставимый с лицами с явной АГ, что указывает на клиническую значимость данного феномена.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛАССА НАЗНАЧАЕМЫХ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Иваненко В.В., Ротарь О.П., Дубровская О.Б., Малев Э.Г., Сокальская Е.А., Конради А.О.

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

Минздравоуразвития России, Санкт-Петербург, Россия.

Цель исследования – оценить изменение показателей сосудистой жесткости и центрального давления у лиц с АГ на фоне длительной антигипертензивной терапии, в том числе в зависимости от группы назначаемых препаратов.

Методы исследования. В рамках скрининговой программы было обследовано 84 человека (56 женщин и 28 мужчин) с АГ и/или факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Средний возраст составил $52,1 \pm 10,6$ лет. Длительность АГ – $6,0 \pm 3,9$ года.

Оценивались биохимические показатели (глюкоза и липидный спектр), артериальное давление (АД), антропометрические параметры.

Определение лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) проводилось на приборе SmartDop 30 EX (фирма Hadeco). Выполнялось ЭХОКГ исследование с подсчетом ИММЛЖ. Выполнялось УЗИ сонных артерий Vivid 7 датчиком высокого разрешения 7 МГц с оценкой ТИМ. За повышение толщины ТИМ принимались значения более 0,8 мм.

Кроме того, инструментальное обследование включало определение показателей центрального давления методом апplanationной тонометрии с помощью системы SphygmoCor Px (Австралия). Скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) на участке сонная артерия – бедренная артерия измерялась сфигмографическим методом с использованием непрямого метода измерения каротидно-феморального расстояния, в связи с чем значения СРПВ при подсчете умножались на коэффициент 0,8. Нормальный показатель СРПВ регистрировался при значениях не выше 9,6 м/с.

Всем пациентам были назначены антигипертензивные препараты 3х групп – 1-я ИАПФ (эналаприл 5 мг, 52 человека), 2-я группа – ББ (бисопролол 5 мг, 22 человека) и 3-ья группа – АКК (амлодипин 5 мг, 10 человек). Показатели жесткости сосудов оценивались исходно, через 3 и через 12 месяцев терапии.

Для оценки влияния возраста пациенты были разделены на 2 возрастные группы 30-49 и 50-69 лет.

Результаты. Исходно средние значения СРПВ составили $7,8 \pm 1,7$ м/с, у 8 (9,5 %) человек выявлено повышение СРПВ выше 9,6 м/с.

При оценке состояния других органов-мишеней выявлено, что у 24 человек (26,1%) ЛПИ оказался ниже 0,9, ТИМ превысил пороговое значение 0,8мм у 42 человек (50%), ГЛЖ, оцениваемая по ИММЛЖ, выявлена у 54 человек (58,6%).

При оценке влияния возраста на состояние сосудистой стенки выявлено. Исходные показатели жесткости оказались выше в возрастной группе 50–69 лет (ЦСАД – $136,5 \pm 15,6$ против $125,1 \pm 11,4$ мм рт.ст., $p < 0,05$ и СРПВ – $8,2 \pm 1,9$ против $7,4 \pm 2,3$ м/с, $p < 0,05$).

Наибольшее различие между уровнем периферического САД и ЦСАД отмечалось в возрастной группе 30–49 лет ($12,1 \pm 3,7$ против $8,3 \pm 2,9$ мм рт.ст., $p < 0,05$), что вероятно, обусловлено сохраненной эластичностью сосудистой стенки.

На фоне длительной антигипертензивной терапии отмечалось достоверное снижение как периферического САД, так и ЦСАД. При этом выявлено, что наибольшее снижение периферического САД происходило на терапии ИАПФ (ИАПФ – $14,1 \pm 12,8$ против ББ – $10,4 \pm 9,3$ и АКК – $3,4 \pm 10,9$ мм рт.ст., $p < 0,05$), причем как через 3 месяца, так и в последующие 9 месяцев терапии. Уровень ЦСАД наиболее значимо снижался в группе АКК (АКК – $9,2 \pm 5,8$ против ББ – $5,2 \pm 2,3$ против ИАПФ – $6,8 \pm 3,4$ мм рт.ст., $p < 0,05$).

Обсуждение. Таким образом, наибольшее снижение периферического САД выявлено на терапии ИАПФ, а ЦСАД – в группе пациентов, получающих АКК. Помимо этого, выявлено снижение показателей жесткости сосудов и центрального давления через 3 месяца антигипертензивной терапии, без дальнейшей динамики в последующие 9 месяцев лечения.

Показатели жесткости сосудов улучшались на терапии всеми 3мя антигипертензивными препаратами, но наибольшее влияние на состояние сосудистой стенки – оказали АКК.

СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

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

Ключевые слова. Жесткость сосудов, скорость распространения пульсовой волны, индекс аугментации, центральное артериальное давление.

Введение. В последние годы, в значительной степени изучены негативные изменения, происходящие в миокарде, резистивных сосудах, нейрогормональные сдвиги. Но участие в патологических процессах при ХСН магистральных сосудов, как эластического, так и мышечного типа, продолжает оставаться недостаточно ясным. В кардиологической практике, всё чаще изучаются изменения в магистральных артериях: растяжимость, скорость пульсовой волны (СПВ), модуль упругости, плече-лодыжечный индекс и целый ряд других показателей. Наибольшее количество данных накоплено в отношении СРПВ.

Цель исследования. Целью настоящего исследования было изучить показатели сосудистой жесткости и центрального давления у лиц с сердечной недостаточностью и выявить особенности состояния сосудистой стенки.

Методы исследования. В исследование были включены пациенты с АГ и ХСН 2–3 ф. класса по NYHA с нарушением систолической функции миокарда, без признаков декомпенсации. Контрольную группу составили пациенты с АГ и без явлений ХСН, сопоставимые по возрасту, ИМТ, уровню АД.

Показатели центрального давления определялись на приборе SphygmoCor с помощью системы SphygmoCor Px (Австралия), методом аппланационной тонометрии. Скорость распространения пульсовой волны 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. Характеристика обследованной группы.

Обследовано 33 человека (11 женщин и 21 мужчина) в возрасте от 51 до 64 лет. Все пациенты имели АГ, 19 человек курили (57,5%), средний стаж курения составлял 10 ± 2 лет.

Все обследуемые были разделены на 2 группы – 1-я гр. (18 чел) – пациенты с ХСН и АГ, 2-я гр. (15 чел) – контрольная – без ХСН, но страдающие АГ. Все обследуемые были сопоставимы по возрасту, ИМТ, АД.

У лиц с ХСН средний возраст составил $58,6 \pm 3,6$, ИМТ – $33,2 \pm 4,1$, общий Хс – $5,6 \pm 1,4$ ммоль, средние цифры САД/ДАД – $137,9 \pm 7,2 / 84,8 \pm 5,2$ мм рт.ст., СРПВ – $8,0 \pm 1,6$ м/с, ИА – $26,2 \pm 13,1\%$, ДА – $9,6 \pm 6,7$, САД в Ао – $122,3 \pm 11,6$ мм рт.ст., ФВ – $35,9 \pm 9,4\%$.

У пациентов контрольной группы средний возраст составил $59,3 \pm 3,3$, ИМТ – $30,5 \pm 3,4$, Хс общий – $5,8 \pm 1,9$ ммоль, периферич САД/ДАД – $141,8 \pm 9,3 / 85,6 \pm 4,2$, ПД – $49,2 \pm 7,3$, СРПВ – $8,3 \pm 1,6$ м/с, ИА – $34,8 \pm 7,8\%$, САД в Ао – $133,2 \pm 9,8$ мм рт.ст., ЧСС $70,6 \pm 6,9$ в мин., ФВ – $59,6 \pm 4,5\%$. Повышения СРПВ у обследованных лиц выше 12 м/с не выявлено.

У лиц с ХСН СРПВ коррелировала с возрастом ($r=0,47$), с периферическим САД ($r=0,41$), с САД в Ао ($r=0,39$), отрицательно с индексом эндокардиальной жизнеспособности Бакберга ($r=-0,48$), $p<0,05$ для всех показателей.

Также отмечалась корреляция САД в Ао с возрастом ($r=0,43$), с СРПВ ($r=0,63$), с ДА ($r=0,6$), с ИА ($r=0,47$), $p<0,05$.

В контрольной группе СРПВ коррелировала с возрастом ($r=0,41$), с периферическим САД, ПД ($r=0,78$, $r=0,32$), с ЧСС ($r=0,63$), отрицательно с индексом эндокардиальной жизнеспособности Бакберга ($r=-0,65$) и ИМТ ($r=-0,57$), $p<0,05$. САД в Ао отрицательно коррелировало с ИМТ ($r=-0,52$), положительно с периферическим САД/ДАД и ПД ($r=0,89$, $r=0,63$ и $r=0,68$). Также отмечалась корреляция с ДА ($r=0,52$), $p<0,05$ для всех показателей.

Связи с курением выявлено не было.

Далее показатели сосудистой жесткости были оценены у пациентов с ХСН, с ФВ ниже 40% (12 человек) и выше 40% (9 человек). Выявлено достоверное повышение СРПВ и ИА у пациентов с ФВ ниже 40% (СРПВ – $7,6 \pm 1,1$ против $6,8 \pm 1,2$ м/с, ИА – $28,7 \pm 12,4$ против $24,3 \pm 10,8\%$), а также отмечалось повышение уровня САД в Ао и ПД в Ао у пациентов с более низкой ФВ (САД в Ао – $116,8 \pm 16,6$ против $107,7 \pm 15,1$ и ПД в Ао – $42,6 \pm 17,7$ и $35,4 \pm 7,5$ мм рт.ст.)

Обсуждение. Показатели жесткости сосудов и центрального давления зависели от возраста, ИМТ, а также взаимодействовали между собой. У лиц с ХСН, имеющих более низкую ФВ (ниже 40%) показатели жесткости сосудов и центрального давления оказались хуже. Повышения СРПВ у обследованных лиц с ХСН выше 12 м/с не выявлено, что может быть обусловлено компенсированным состоянием, а также приемом постоянной поликомпонентной терапии. Также выявлено взаимодействие показателей жесткости с индексом эндокардиальной жизнеспособности Бакберга, который характеризует поражение сердечной мышцы.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ACE(I/D), AGT (M235T) И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ХСН ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Иванов С.Г.¹, Краснова О.А.¹, Ситникова М.Ю.¹, Шляхто Е.В.¹, Ларионова В.И.²

*ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова Росмедтехнологий»,
Санкт-Петербург, Россия ¹,*

Санкт-Петербургская Педиатрическая Государственная Медицинская Академия, Россия ².

Цель исследования: изучение распределения генотипов ACE(I/D), AGT (M235T) и их влияние на выживаемость у пациентов с систолической ХСН ишемической этиологии.

Материалы и методы: проведен анализ структурно-функциональных, биохимических показателей и выживаемости 135 мужчин с ХСН, систолической дисфункцией ЛЖ ишемической этиологии, в возрасте 59,4±8 лет, ХСН II-IV ФК(NYHA), ФВ 35,7±8%. Давность ИБС, в среднем, составила 8,6 лет, давность ХСН – 3,1 года. Все пациенты получали стандартную терапию ХСН и постоянно наблюдались кардиологом. ЭХО-кардиографическое исследование проводилось по стандартной методике с вычислением ФВ (Simpson). Контрольную группу составили 99 мужчин без клинических проявлений ХСН, в возрасте 52,4±6,4 года. Анализ полиморфных вариантов генов проводился методом ПЦР с использованием соответствующих праймеров. Статистический анализ проводился с использованием критерия Вилкоксона и корреляционного анализа.

Результаты: Распределение полиморфных вариантов генов ACE, AGT в группе больных ХСН и контрольной группе не различалось. Группа выживших в течение 5 лет больных ХСН составила 62% (85 человек). При оценке структурно-функциональных показателей сердца в группе умерших больных, по сравнению с пациентами из группы выживших, были выявлены достоверно большие размеры левых камер сердца и меньшая ФВлж (КСР(мм) 57,3±10,0/59,8±10,9; $p=0,02$. КДР(мм) 58,9±10,3/64,4±10,0; $p<0,05$). Больные с II вариантом гена ACE, составили 23% ($n=31$), с ID вариантом – 47% ($n=63$), с DD вариантом – 30% ($n=41$). Группа больных, имеющих М-аллель гена AGT в гомозиготном состоянии, составила 24% ($n=32$), в гетерозиготном состоянии – 53% ($n=72$), Т-аллель в гомозиготном состоянии – 23% ($n=31$). Сравнительный анализ частот распределения полиморфных вариантов гена ACE показал, что в группе умерших больных отмечалось достоверное превалирование лиц с генотипом DD ($p<0,05$). При анализе распределения полиморфных вариантов гена AGT среди живых и умерших выявлено превалирование М-аллеля у умерших пациентов ($p<0,05$). При анализе ген-генных взаимодействий генов ACE и AGT установлено, что I-аллель гена ACE в сочетании с ТТ генотипом гена AGT ассоциируется с более низкой массой миокарда левого желудочка. ММ вариант гена AGT нивелирует эту ассоциацию.

Выводы: Распределение полиморфных вариантов генов ACE, AGT у больных ХСН и у лиц контрольной группы не различалось. В группе мужчин с систолической ХСН ишемического генеза, умерших в течение 5 лет наблюдения, выявлено превалирование DD варианта гена ACE и ММ варианта гена AGT, а также более выраженное ремоделирование сердца. I-аллель гена ACE в сочетании с ТТ генотипом гена AGT ассоциируется с более низкой массой миокарда левого желудочка. ММ вариант гена AGT нивелирует эту ассоциацию.

АНЕВРИЗМЫ ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА АОРТЫ: РОЛЬ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ И БЕЛКОВ ЭКСТРАЦЕЛЛЮЛЯРНОГО МАТРИКСА

Иртюга О.Б., Воронкина И.В., Смагина Л.В., Успенский В.Е., Цой Н.В., Моисеева О.М.

ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова», Санкт-Петербург.

Цель: Оценить роль матриксных металлопротеиназ-2, -9 (ММП-2, -9), белков экстрацеллюлярного матрикса (ЭЦМ) в патогенезе аневризмы восходящего отдела аорты (ВАО) различной этиологии.

Материалы и методы: Обследовано 26 пациентов с аневризмой ВАО: 12 с бicuspidальным аортальным клапаном (БАК), 6 с trikuspidальным АК (ТАК), 8 с атеросклерозом (АЗ) и 6 пациентов с ИБС без дилатации аорты (контрольная группа). Оценивались активность и содержание ММП-2, -9 типа, а также количественный состав белков ЭЦМ: коллагена-I типа, эластина, фибриллина методом иммуноблота в тканях аорты при интраоперационной биопсии. Средний возраст основной группы составил 54,7±2,2 года, контрольной – 56,5±3,5 лет. Соотношение м:ж в обеих группах составляло 2:1

Результаты: Наибольший диаметр аорты был зарегистрирован у пациентов с атеросклерозом: 54,6±4,2 мм, у пациентов с БАК – 43,4±2,8 мм и 46,1±4,2 мм у пациентов с ТАК. Максимальная активность ММП-9 выявлена у пациентов с БАК (563.9±79.8 усл.ед.) в сравнении с контрольной группой (283±82 усл.ед.), группой АЗ (427.5±116.1 усл.ед.) и ТАК (367±92.1 усл.ед.). Активность ММП-2 значимо не различалась в исследуемых группах. Активность

ММП-9 в группах пациентов БАК и АЗ ассоциировалась с увеличением соотношения коллаген/эластин (1.5:1).

Выводы: Нарушение соотношения коллаген/эластин у пациентов с атеросклерозом и БАК может рассматриваться в качестве одного из механизмов повышения активности ММП-9, что играет важную роль в патогенезе аневризмы аорты.

НАРУШЕНИЯ РИТМА У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Каплюк А.А., Горленко Л.В., Ковалев И.А., Филиппов Г.П.

*Сибирский государственный медицинский университет,
НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН.*

Исследование (электрокардиография, суточное мониторирование электрокардиограммы) выполнено у 50 детей с хроническим описторхозом и у 50 детей с хронической гастродуоденальной патологией (хронический гастродуоденит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки) до и после лечения.

При анализе результатов исследования отмечено, что у детей с хроническим описторхозом по сравнению с пациентами без него чаще регистрировали такие нарушения ритма и проводимости как синусовая брадикардия, синусовая аритмия, суправентрикулярная экстрасистолия, желудочковая экстрасистолия, укорочение интервала PQ. У двух детей с хроническим описторхозом выявлена атриовентрикулярная блокада II степени Мобитц 2 с паузами ритма от 1 до 1,5 мс. Достоверно чаще у детей с описторхозом регистрировали нарушения фазы реполяризации и электрическую альтернацию комплексов QRS. У детей с хронической гастродуоденальной патологией – синусовую брадикардию и неполную блокаду правой ножки пучка Гиса.

У 21% детей с хроническим описторхозом и 20% детей с гастродуоденальной патологией наблюдались эпизоды миграции водителя ритма от синусового узла к атриовентрикулярному продолжительностью от 2-3 до 10-12 часов.

После проведенной терапии отмечалась положительная динамика: вместе с купированием клинических проявлений нарушений пищеварительного тракта уменьшалась частота нарушений ритма и проводимости в обеих группах. При этом у детей с описторхозом различные нарушения на электрокардиограмме сохранялись более длительно после проведенной дегельминтизации.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Карась А.С., Обрезан А.Г.

Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет, кафедра госпитальной терапии.

Цель исследования. Создание математической модели для дифференциальной диагностики тиреотоксической кардиомиопатии.

Материалы и методы. На основании результатов обследования 24 пациентов с тиреотоксикозом, имеющих кардиомиопатию и 29 человек группы контроля, у которых данный диагноз отсутствовал были выявлены признаки, характеризующие развитие данной патологии и на основании множественного регрессионного и линейного дискриминантного анализа создана модель, позволяющая диагностировать кардиомиопатию у пациентов с тиреотоксикозом.

Результаты и выводы. Была создана следующая математическая модель:

$$ДФ(1) = -0,58 - 0,36 \times \text{Одышка} + 0,15 \times \text{Степень ожирения} + 0,14 \times \text{Возраст} - 0,17 \times \text{Холестерин} + 0,035 \times \text{ЛЖд} + 0,0068 \times QT_{\max c},$$

где: ДФ – дискриминантная функция (безразмерная величина); Одышка (0 – нет, 1 – имеется); Степень ожирения – степень ожирения (0 – нет, 1 – 1-я степень ожирения, 2 – 2-я степень ожирения, 3 – 3-я степень ожирения); Возраст – возраст, годы; Холестерин – общий холестерин, моль/л; ЛЖд – конечный диастолический размер левого желудочка, мм; $QT_{\max c}$ – скорректированный интервал Q-T максимальный, мс.

В случае, если $ДФ \leq 7,70$, делается вывод об отсутствии тиреотоксической кардиомиопатии, если $ДФ > 7,70$ о её наличии.

Данная модель характеризуется следующими операционными характеристиками: чувствительность – 92,3%; специфичность – 100,0%; предсказательная ценность положительного результата – 100,0%; предсказательная ценность отрицательного результата – 86,7%; точность предсказания – 94,9%.

ЦИРКУЛИРУЮЩИЕ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИЕ СТВОЛОВЫЕ КЛЕТКИ У БОЛЬНЫХ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Карелкина Е.В., Морошкин В.С., Моисеева О.М.

ФГУ «ФЦСКиЭ имени В.А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия.

Эндотелиальная дисфункция является одним из главных звеньев развития ХСН. Репарация эндотелия и процессы ангиогенеза в условиях эндотелиальной дисфункции у больных ХСН зависят от количества циркулирующих стволовых и прогениторных клеток.

Цель исследования – оценить влияние факторов риска (возраст, АГ, вес, дислипидемия) на количество и функциональные свойства циркулирующих гемопоэтических стволовых клеток у больных с систолической дисфункцией ЛЖ различной этиологии.

Материалы и методы: Обследовано 26 пациентов с документированной ИБС (средний возраст $50,9 \pm 1,9$ лет, ИМТ $29,0 \pm 1,4$ кг/м²), 15 пациентов с ДКМП (средний возраст $46,4 \pm 3,0$ лет, ИМТ $29,5 \pm 2,1$ кг/м²) и 15 практически здоровых пациентов (средний возраст $41,1 \pm 2,1$ лет, ИМТ $25,3 \pm 0,7$ кг/м²). Пациенты ХСН в исследуемых группах были сопоставимы по эхокардиографическим параметрам: ФВ = $32,8 \pm 1,5\%$. Всем пациентам выполнено исследование ЭЗВД плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией, дуплексное сканирование сонных артерий, липидного спектра. Количество циркулирующих CD34+CD133+ и CD34+CD133+VEGFR-2+-клеток оценивалось методом проточной цитометрии. Пролиферативная способность эндотелиальных клеток предшественников определялась путем подсчета КОЭ при культивировании мононуклеарных лейкоцитов по методу J.M.Hill.

Результаты: Не выявлено достоверных различий в представительстве CD34+, CD133+-клеток в периферической крови больных ИБС и ДКМП по сравнению с группой контроля. У больных ИБС количество CD34+, CD133+, VEGFR-2+ было повышено по сравнению с контрольной группой и группой больных ДКМП. Однако колониеобразующая способность у больных ИБС была снижена. Было выявлено негативное влияние возраста и артериальной гипертензии на количество циркулирующих CD34+, CD133+, VEGFR-2+. Снижение числа CD34+, CD133+-клеток было ассоциировано с избыточной массой тела, повышением уровня общего холестерина и ЛПНП, а также с увеличением толщины КИМ сонных артерий.

Выводы: Выявлены разнонаправленные изменения субпопуляций циркулирующих стволовых клеток у больных ХСН на фоне ИБС и ДКМП. Дополнительными факторами, влияющими на количество циркулирующих CD34+CD133+-клеток, являются такие факторы риска как возраст, дислипидемия, ожирение и АГ.

ЦИРКУЛИРУЮЩИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ-ПРЕДШЕСТВЕННИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Карелкина Е.В., Морошкин В.С., Иртюга О.Б., Моисеева О.М.

ФГУ «ФЦСКиЭ имени В.А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия.

Репарация эндотелия и процессы ангиогенеза в условиях эндотелиальной дисфункции зависят от количества циркулирующих эндотелиальных клеток-предшественников (ЦЭКП).

Цель – изучить ЦЭКП при ремоделировании ЛЖ у пациентов с АГ.

Материалы и методы: Обследовано 36 пациентов АГ и систолической дисфункцией ЛЖ в возрасте $55,7 \pm 8,8$ лет, ИМТ $30,1 \pm 5,9$ кг/м² и 18 пациентов АГ с ГЛЖ и без терапии в возрасте $54,8 \pm 15,7$ лет, ИМТ $28,2 \pm 5,3$ кг/м². Группу контроля составили 19 здоровых добровольцев в возрасте $40,8 \pm 7,8$ лет, ИМТ $25,1 \pm 2,7$ кг/м². Всем группам было выполнено трансторакальное ЭХО-КГ, суточное мониторирование АД, исследование ЭЗВД плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией, фенотипирование липидов и оценка уровня СРБ ультрачувствительным методом. Количество CD34+, CD133+ и VEGFR-2+-клеток в периферической крови оценивали методом проточной цитометрии. Пролиферативная активность ЭКП оценивалась путем подсчета числа колониеобразующих единиц.

Результаты: Не выявлено достоверных различий в представительстве CD34+, CD133+ и CD34+CD133+VEGFR-2+-клеток в периферической крови группы больных АГ с/без систолической дисфункцией ЛЖ по сравнению с контрольной. Однако была отмечена тенденция к снижению количества CD34+CD133+VEGFR-2+-клеток у пациентов с систолической дисфункцией ЛЖ. Возраст, ИМТ и уровень СРБ не оказывают существенного влияния на представительство и пролиферативной способности ЦЭКП. Выявлена негативная корреляция между количеством CD34+CD133+VEGFR-2+-клеток и уровнем ЛПНП клеток ($r = -0,401$; $p < 0,01$), а так же уровнем систолического АД ($r = -0,319$; $p < 0,05$). Снижение ЭЗВД плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией было ассоциировано с уменьшением количества циркулирующих CD34+ CD133+ VEGFR-2+-клеток ($r = -0,333$; $p < 0,05$). Выявленное в груп-

пе пациентов с систолической дисфункцией ЛЖ снижение числа CD34+CD133+-клеток ($r=-0,325$; $p<0,05$) сопровождалось уменьшением пролиферативной активности ($r=-0,326$; $p<0,05$).

Выводы: Выявлено негативное АГ на представительство ЦЭКП и их пролиферативную активность. Снижение количества ЦЭКП может быть расценено как один из факторов, предрасполагающих к развитию систолической дисфункции ЛЖ у пациентов с АГ.

	Систолическая дисфункция ЛЖ	Гипертрофия ЛЖ	Группа контроля	p
CD34 ⁺ CD133 ⁺ VEGFR-2 ⁺ /10 ⁶ MNC	96±73	91±52	121±160	p=0,76
CD34 ⁺ CD133 ⁺ VEGFR2 ⁺ /10 ⁶ MNC	622±616	868±750	868±750	p=0,17
CFU, ед/мм ²	1.3±1.5	1.3±0.8	2.6±1.1	p<0.01
ФВ, %	0.32±0.07*	0.64±0.63	0.70±0.06	p<0.01
СРБ, мг/л	6.59±5.22*	2.3±3.05	0.96±0.82	p<0.01
IMM LV, г/м ²	190.4±46.8*	154.1±36.6*	87.8±14.3	p<0.01

КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ПРИОБРЕТЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Карузин С.В., Паскарь Н.А.

Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова Росмедтехнологий, НИЛ оказания кардиологической помощи, Санкт-Петербург, Россия.

Пропускная способность кардиохирургического отделения зависит от клинического состояния контингента госпитализированных пациентов. Вместе с тем, этот вопрос изучен недостаточно. Проведен анализ 1397 случаев госпитализации пациентов в пять кардиохирургических отделений Санкт-Петербурга за 2005-2007 годы для хирургической коррекции приобретенных пороков сердца. Среди пациентов было 778 мужчин (55,7%) и 619 женщин (44,3%) женщин. Средний возраст 55,4 года. Преобладали ревматические пороки сердца (41,2%), атеросклеротический (дегенеративный) приобретенный порок – 27,1% случаев, 14% – инфекционный эндокардит, 4,9% – дисплазия соединительной ткани. Анамнез причины порока длительный, среди пациентов с ревматизмом и дегенеративным поражением аорты в среднем составил 24,7 лет, пациенты знали о наличии у них порока в среднем в течение 10,3 лет. 50,3% пациентов имели 3 функц. кл. сердечной недостаточности (СН), 31,5% пациентов – 2 функц. кл., 13,5% больных – 4 функц. кл. Удлинение сроков госпитализации происходит по мере увеличения степени хронической СН: у пациентов с 1-м функц. кл. СН – 23,2±1,8 дня; у пациентов с СН 2-го функц. кл. госпитализация удлиняется на 14,2% (26,5±1,2 дня); пациенты с 3-м функц. кл. проводят в стационаре на 12,8% дней больше (29,9±1,1 дня); пациенты с 4-м функц. кл. – еще на 5,4% больше (31,5±2,7 дня). Промедление с ранним выявлением порока и своевременным направлением на хирургическую коррекцию с годами приводит к прогрессированию СН, риску развития инфаркта, увеличению возраста пациента, следовательно, к уменьшению пропускной способности кардиохирургических отделений.

КАРДИОПРОТЕКТИВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ КОМБИНИРОВАННОЙ БЛОКАДЫ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ

Качнов В.А., Тыренко В.В., Кольцов А.В.

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия.

Цель исследования. Оценить кардиопротективные возможности блокады РААС с применением эналаприла в комбинации с алискиреном или лозартаном.

Материалы и методы. Обследовано 52 пациента с гипертонической болезнью II-III стадии. Все пациенты в качестве антигипертензивной терапии получали ингибиторы АПФ. После проведения стандартного обследования пациенты разделены на две группы. В первой группе (n=25) к терапии добавлялся алискирен (расилез), во второй группе (n=27) – лозартан в оптимальных дозировках для достижения целевых цифр АД. Всем пациентам исходно и через 6 месяцев терапии выполнялась ЭХО-кардиография.

Результаты и их обсуждение. По данным ЭХО-КГ в первой группе отметились достоверное снижение толщины задней стенки левого желудочка с 1,28 [1,2;1,3] см до 1,1 [1,0;1,1] см ($p<0,05$) и толщины межжелудочковой перегородки с 1,2 [1,1;1,25] см до 1,1 [1,0;1,1] см ($p<0,05$) во второй группе отметились снижение ТЗСт ЛЖ с 1,24 [1,2;1,3]

см до 1,2 [1,1;1,2] см ($p<0,05$), ТМЖП с 1,2 [1,2;1,3] см до 1,1 [1,1;1,2] см ($p<0,05$). Различия в значениях ТЗСт ЛЖ и ТМЖП через 6 месяцев терапии были статистически значимыми ($p<0,05$). Также в обеих группах отмечалось незначительное увеличение фракции выброса левого желудочка и некоторое улучшение диастолической функции левого желудочка не достигших статистически значимых различий. Остальные эхокардиографические показатели не имели достоверных различий.

Вывод: комбинированная блокада РААС с применением эналаприла в комбинации с алискиреном оказывает более выраженное кардиопротективное воздействие, чем при использовании комбинации эналаприла с лозартаном.

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

Кашапова Т.А., Милованова Е.В., Урванцева И.А., Улитин А.О.

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

Цель исследования. Анализ результатов протезирования митрального и аортального клапанов двустворчатыми протезами при врожденных и приобретенных пороках.

Материал и методы. Изучены результаты протезирования клапанов у 1111 больных, средний возраст был 56 ± 10 лет. Из них было 57% мужчин и 43% женщин. Протезирование митрального клапана (МК) выполнено 46% ($n=513$), аортального клапана (АК) – 43% ($n=475$), двухклапанное протезирование (МК+АК) – 11% ($n=123$). Использовались двустворчатые протезы: МедИнж – 78%, АТС – 10%, Карбоникс – 12% операций. В 169 случаях (15%) операции носили сочетанный характер: с коронарным шунтированием – у 112 (66,3%), с протезированием аорты – у 57 (33,7%). Отдаленные результаты изучены по амбулаторным картам и материалам кабинета диспансеризации.

Результаты. Госпитальная летальность составила 6%; летальность после сочетанных операций – 18,3%. Средний срок наблюдения был 7,5 лет. В отдаленном периоде умерли от сердечных причин 130 больных (12%). Пятилетняя выживаемость составила 78%, десятилетняя выживаемость – 67%. Отдаленная смертность не зависела от сложности выполненной операции (9,6% после одноклапанного протезирования, 13,8% после двухклапанного, 14,4% после сочетанных операций) и от позиции протеза (9,1% после протезирования МК, 9,2% после протезирования АК). Репротезирование в отдаленном периоде перенесли 20 пациентов (1,8%).

Выводы. Использование двустворчатых протезов в хирургии пороков сердца имеет хорошие непосредственные и отдаленные результаты. Госпитальная летальность выше после сочетанных операций ($p<0,0001$) Отдаленная смертность не зависит от сложности перенесенной операции.

РОЛЬ ДИЕТИЧЕСКОГО ХЛЕБА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кононенко И.А.

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. Мечникова.

Диета с высоким содержанием пищевых волокон играет благоприятную роль в профилактике и лечении заболеваний сердца, ожирения, СД. Мы провели исследование диетического хлеба, содержащего в 100г 42% от суточной потребности пищевых волокон.

Клинико-диетологическая оценка хлеба диетического проводилась на пациентах с патологией ССС, с СД 2 типа и ожирением в течение 14–21 дня. Исследование выполняли в больнице Петра Великого, ГБ № 23, 36, МСЧ № 122, в поликлинике профессиональных заболеваний Санкт-Петербурга. Пациенты основной группы (47 чел) получали 100г /сутки диетического хлеба, а контрольной (48 чел) – ржаного хлеба на фоне гипокалорийной диетотерапии.

В результате проводимой диетотерапии в основной группе более значительно снизился уровень АД, уменьшились жалобы на слабость, одышку при физической нагрузке, повышенную утомляемость, головные боли, отеки нижних конечностей. По данным ЭКГ нормализация ритма сердца, уменьшение тахикардии, отсутствие единичных экстрасистол наблюдалось у 71,6% и у 68,4% пациентов основной и контрольной групп соответственно. Масса тела в основной группе в среднем снизилась на 8,3кг, а в контрольной – на 6,9кг. В основной группе уровень общего ХС снизился с 6,2 до 4,3 ммоль/л, ХС ЛПНП с 4,9 до 2,6 ммоль/л, глюкозы с 7,3 до 4,9 ммоль/л и уровень ХС ЛПВП повысился с 1,2 до 1,8 ммоль/л. В контрольной группе уровень общего ХС снизился с 6,3 до 5,6 ммоль/л, ХС ЛПНП с 4,6 до 3,3 ммоль/л, глюкозы с 7,2 до 5,8 ммоль/л и повысился уровень ХС ЛПВП с 1,1 до 1,5 ммоль/л ($P<0,05$).

Таким образом рекомендуется употребление 100 г в сутки диетического хлеба в комплексной диетотерапии больных с сердечно-сосудистой патологией, с СД 2 типа и ожирением.

СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИТЕЛ К ТКАНЯМ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Курбанов Н.А.

Республиканский специализированный центр кардиологии.

Цель. Оценить параметры иммунного статуса (ИС) и антител к тканям миокарда у больных дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Материалы и методы. В исследование включено 12 больных с ДКМП ($33,2 \pm 3,1$ г). Длительность заболевания составляла от 2 до 8 месяцев (в среднем $5,1 \pm 1,2$ мес.). Проводились: оценка клинического состояния, ЭхоКГ, определение иммунологического статуса (ИС) и антител к тканям миокарда в крови. III ФК ХСН характеризовались 6 (60%) и IV ФК – у 4 (40%) пациентов (в среднем $3,2 \pm 0,1$). Контрольную группу составила 20 здоровых добровольцев.

Результаты. Оценка показателей ИС выявила, что у больных ДКМП наблюдается достоверное снижение Т-лимфоцитов (CD3) – на 24% ($50,1 \pm 1,4\%$ против $62,1 \pm 1,6$; $p < 0,01$) и Т-хелперов (CD4) на 52,2% ($24,5 \pm 0,5$ против $37,3 \pm 0,8\%$; $p = 0,03$), а показатели Т-супрессоров (CD8) (цитотоксические лимфоциты) были на 22% выше ($25,5 \pm 1,7$ против $19,9 \pm 0,6\%$; $p < 0,01$), вследствие чего иммунорегуляторный индекс (ИРИ) (CD4/CD8) оказался значимо ниже на 63,6%, относительно гр. контроля (ИРИ_{дкмп} = $0,9 \pm 0,097$ и ИРИ_{контроль} = $1,8 \pm 0,05$; $p = 0,001$). Следует отметить, что у больных ДКМП отмечается статистически значимое увеличение естественных киллеров (CD16) на 58,2% ($20,8 \pm 1,9$ против $8,7 \pm 0,7$; $p < 0,01$) и снижение В-лимфоцитов на 21% ($22,7 \pm 0,6$ против $28,7 \pm 1,2$; $p = 0,09$). Показатели гуморального звена иммунитета также свидетельствовали о депрессии ИС в гр. больных ДКМП, в частности, уровень IgA оказался на 22,3% ($172,5 \pm 13,6$ против $134 \pm 4,9$; $p = 0,001$) и параметры ЦИК на 29,9% выше ($61,7 \pm 5,5$ против $43,2 \pm 1,6$; $p < 0,01$) чем группы сравнения, что также свидетельствует о наличии фактора воспаления у больных ДКМП, при этом уровень IgM, IgG и неспецифические факторы защиты организма, такие как фагоцитарная активность нейтрофилов и система комплемента были в пределах нормы. При определении специфических антител к тканям миокарда в крови у пациентов ДКМП, выявлено 6 кратное увеличение этого показателя, чем группы контроля ($94,4 \pm 42,5$ против $15,6 \pm 3,6$; $p = 0,010$).

Таким образом, у пациентов ДКМП наблюдается дисбаланс со стороны клеточного и гуморального звеньев иммунитета, сопровождающийся снижением иммунорегуляторного индекса и нарастанием уровня естественных киллеров, при значительном увеличении специфических антител к тканям миокарда.

ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПРОГНОЗ ПРИ СЕМЕЙНОЙ ФОРМЕ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Курбанов Н.А., Абдуллаев Т.А., Марданов Б.У.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан.

Цель. Анализ клинико-гемодинамических показателей и прогноза жизни больных с семейной формой дилатационной кардиомиопатии (ДКМП).

Материал и методы. На основании изучения генеалогического анамнеза, обследования родственников, семейная форма ДКМП установлена у 29 (11,9%) из 244 больных. Для сравнительной оценки параметров гемодинамики и прогноза жизни были сформированы I (n=29, больные с семейной формой ДКМП) и II группы (n=83, с идиопатической ДКМП). Проводились: оценка клинического состояния, ЭхоКГ, а также изучался прогноз жизни за 10-летний период наблюдения.

Результаты. Демографический анализ показал, что возраст больных на момент манифестации симптомов ХСН, в среднем составил $36,1 \pm 2,1$ лет и $42,4 \pm 1,2$ года соответственно ($p = 0,01$). Наследование заболевания по материнской линии установлено у 11 больных из 5 семей. Кровные родственные связи были установлены в 7 случаях (в 3х семьях), а у остальных 11 пациентов один из членов семьи умер внезапно или от рефрактерной ХСН в возрасте до 35 лет. При обследовании родственников, по результатам ЭхоКГ, в 4х случаях была выявлена дилатация сердца, без клинических симптомов СН, которые развились, в последующем, через 2 года наблюдения. Анализ параметров внутрисердечной гемодинамики показал, что пациенты с семейной ДКМП имели меньшие значения КСР ЛЖ ($59,2 \pm 0,1$ мм против $62,1 \pm 0,1$ мм), КДР ЛЖ ($70,3 \pm 0,1$ мм против $73,4 \pm 0,09$ мм, оба $p < 0,05$), при недостоверном превалировании средней ФВЛЖ на 3,7% ($34,8 \pm 2,02$ против $31,05 \pm 1,14\%$; $p > 0,05$). Одним из клинических особенностей течения семейной формы заболевания можно отметить быстрое прогрессирование с развитием рефрактерной СН (в 5 случаях), летальный исход зарегистрирован, в среднем, через $2,8 \pm 1,2$ месяцев от начала манифестации заболевания. Сравнительное изучение прогноза жизни больных за период 12 месяцев показал, что смертельные исходы отмечены в 13

(44,8%) и 18 (21,6%) случаев соответственно с семейной и идиопатической формой ДКМП ($\chi^2=4,65$, $p=0,03$). Изучение 10-летнего прогноза жизни выявило высокие сопоставимые значения летальности в обеих группах 72,4% и 71,1% соответственно.

Таким образом, по нашим результатам распространенность семейной формы ДКМП составляет 11,8%. Данная форма заболевания ассоциируется с более молодым возрастом и в 1/3 случаев передается по материнской линии, характеризуясь быстро прогрессирующим течением.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕХАНИЗМОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОДЫШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАТРУДНЕНИЕМ ДЫХАНИЯ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА

Леявина Т.А., Ситникова М.Ю., Березина А.В., Козленок А.В.

Одышка – объективно существующее нарушение ритма, глубины и частоты дыхательных движений, сопровождающееся ощущением дыхательного дискомфорта. Выявление причины «необъяснимой» одышки предоставит возможность установить правильный диагноз и выбрать оптимальную лечебную тактику в отношении пациента.

Цель исследования: разработать метод определения этиологии одышки на основании анализа показателей кардиореспираторного теста (КРТ).

Материалы и методы. Обследовано 192 человека: 75 здоровых лиц, 89 больных ХСН II-III ФК, – 28 больных с ХОБЛ. Обследуемые выполнили КРТ при помощи аппаратуры для эргоспирометрических исследований Охусон Pro, Германия, с использованием ступенчато-возрастающей физической нагрузки (ФН).

Результаты. Анализ показателей парциального напряжения CO_2 в смешанной порции выдоха $PECO_2$, парциального напряжения CO_2 в конечной порции выдоха ($PETCO_2$), отношения $PECO_2/PETCO_2$ на пике ФН позволил установить генез одышки – кардиальный или респираторный. В случае регистрации нормальных значений $PETCO_2$ ($>5,5$ кПа) и низких значений $PECO_2/PETCO_2$ ($<0,48$) наиболее вероятно наличие у пациента нарушений вентилиации. В случае регистрации низких значений $PETCO_2$ ($<4,5$ кПа) и нормальных значений $PECO_2/PETCO_2$ ($>0,6$) наиболее вероятно наличие у пациента нарушений перфузии. Если значение $PETCO_2$ находится в промежутке 4,6-5,4 кПа а значение $PECO_2/PETCO_2$ находится в промежутке 0,59-0,49 необходимо обратиться к показателю $PECO_2$, значение $PECO_2$ менее 2,3 кПа более характерно для больных с нарушениями вентилиации, 2,7-2,4 кПа – с нарушениями перфузии.

Выводы: Механизм возникновения одышки определяется путем оценки $PECO_2$, $PETCO_2$ и отношения $PECO_2/PETCO_2$.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДОЛЖНЫХ ЗНАЧЕНИЙ КОЛИЧЕСТВА КИСЛОРОДА, ПОГЛОЩАЕМОГО ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ МАКСИМАЛЬНОЙ МОЩНОСТИ (VO_{2max}), У ЗДОРОВЫХ НЕТРЕНИРОВАННЫХ МУЖЧИН В ВОЗРАСТЕ 19-63 ЛЕТ

Леявина Т.А., Ситникова М.Ю., Березина А.В., Козленок А.В.

Уровень толерантности к физической нагрузке (ТФН) является мощным прогностическим фактором у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Основным показателем ТФН является VO_{2max} – количество кислорода, поглощаемого при выполнении физической нагрузки (ФН) максимальной мощности.

Цель исследования: разработать нормативы значений VO_{2max} для здоровых нетренированных мужчин в возрасте 19-63 лет.

Материалы и методы. Обследовано 145 здоровых нетренированных мужчин в возрасте 19-63 лет, средний возраст – $57 \pm 0,3$ года, индекс ИМТ – $25 \pm 0,4$. Обследуемые выполнили КРТ при помощи аппаратуры для эргоспирометрических исследований Охусон Pro, Германия, с использованием ступенчато-возрастающей физической нагрузки.

Результаты. Объем кислорода, поглощаемого на пике/максимуме физической нагрузки, достоверно уменьшался с увеличением возраста исследуемых добровольцев. Наиболее значимые предикторы VO_{2max} : возраст ($r=-0,7$, $p<0,001$), масса тела ($r=0,5$, $p<0,001$), рост ($r=-0,5$, $p<0,001$). На основании полученных данных была разработана формула, с помощью которой возможно определение должного значения VO_{2max} : $VO_{2max} = 71 - 0,7 \cdot A - 0,1 \cdot B - 0,01 \cdot P$, в мл/мин/кг, где В – вес в кг, Р – рост в см, А – возраст в годах.

Вывод: Определение должного значения VO_{2max} осуществляется по формуле: $VO_{2max} = 71 - 0,7 \cdot A - 0,1 \cdot B - 0,01 \cdot P$, в мл/мин/кг, где В – вес в кг, Р – рост в см, А – возраст в годах.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСШИРЕНИЯ АОРТЫ И НАСЛЕДСТВЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Лунева Е.Б.¹, Беляева Е.Л.², Вютрих Е.В.²

Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова¹,

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия².

Одной из причин формирования расширения аорты (РА) являются наследственные нарушения соединительной ткани (ННСТ), в том числе синдром Марфана (СМ).

Целью нашего исследования было оценить распространенность РА и степень системного вовлечения соединительной ткани (СВСТ) в общей популяции, у лиц различных возрастных групп.

Методы: проведено скрининговое обследование трех групп: 1 группа – 209 лиц молодого возраста (20,2 ± 1,8 лет), 2 группа – 100 человек моложе 65 лет (возраст 51,9 ± 7,7), 3 группа – 64 человека старше 65 лет (средний возраст 71,7 ± 4,5). Группу сравнения составили 9 человек с СМ (25,8 ± 7,7 лет). У них были оценены диаметр аорты (Z-критерий) и СВСТ. (Гентские критерии, 2010).

Результаты и обсуждение: у лиц молодого возраста РА (Z-критерий > 2) было выявлено у 1 обследованного (0,5%), среди лиц моложе 65 лет – у 2 обследованных (2%, p=0,21), старше 65 лет – у 9 (14%; p=0,0001 с 1 гр.; p=0,003 со 2 гр.). СВСТ ≥ 7 баллов не было выявлено ни в одной группе: 1 гр. – 2,1 ± 1,3, 2 гр. – 3,17 ± 2,0; 3 гр. – 2,5 ± 1,6 балла (p > 0,05). У лиц старше 65 лет с РА количество костных и кожных признаков не отличалось от лиц без РА (3,1 ± 1,4 vs. 2,88 ± 1,1 и 0,8 ± 0,7 vs. 0,47 ± 0,5, соответственно, p > 0,05. Напротив, в группе с СМ СВСТ составило 8,9 ± 2,3 балла, Z-критерий был увеличен у всех пациентов и в среднем составил 2,7 ± 0,9.

Заключение: РА у лиц старшего возраста в общей популяции, в отличие от СМ, не сопровождается признаками системного вовлечения и, вероятно, не связано с патологией соединительной ткани.

СИНДРОМ КАВАСАКИ КАК ПРИЧИНА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ И МОЛОДЫХ ВЗРОСЛЫХ

Лыскина Г.А., Ширинская О.Г., Виноградова О.И.

Каф. детских болезней леч. ф-та и УДКБ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Введение: Синдром Кавасаки (СК) – системный васкулит неизвестной этиологии. СК считается ведущей причиной приобретенных заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей. При СК могут поражаться миокард, эндокард, клапанный аппарат, перикард и коронарные артерии (КА). Поражение КА вследствие СК – причина ИБС, инфаркта миокарда (ИМ) у детей и молодых взрослых.

Цель: изучение состояния сердца и КА у детей с СК.

Методы: С 2005 по 2010 гг. обследовано 90 детей с СК. Трансторакальную эхокардиографию с исследованием КА выполняли всем пациентам, коронарную ангиографию – 6 пациентам, мультиспиральную компьютерную томографию КА – 6 детям на 320-спиральном томографе Toshiba Aquilion ONE.

Результаты: В острой стадии СК отмечено увеличение полости левого желудочка у 18,9%, снижение фракции изгнания у 6,5%, нарушение диастолической функции у 3,2%; митральная регургитация у 10%, трикуспидальная регургитация у 3,3%, аортальная регургитация у 1,1%; выпот в полости перикарда у 15,6% пациентов. Аневризмы КА были обнаружены у 37,8% больных. У 65,9% детей аневризмы были множественными. Обнаружено 80 аневризм КА: мелких аневризм – 50,0%, среднего размера – 31,3%, гигантских – 18,7%. У 2-х детей выявлен стеноз передней нисходящей артерии 80%, в одном случае было бессимптомное течение, в другом – ИМ. Стентирование КА выполнено 2 больным в возрасте 3 лет 11 мес и 4 лет 7 мес в РНЦХ им. Б.В. Петровского и в НЦССХ им. А.Н.Бакулева. Тромбы в КА образовались у 3-х больных в 6 гигантских аневризмах, последствия варьировали от бессимптомного течения до ИМ.

ТЕСТ ВЫЯВЛЕНИЯ ЛАТЕНТНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Лямина Н.П., Сенчихин В.Н.

ФГУ «Саратовский НИИ кардиологии Минздравсоцразвития России».

Не имея клинических проявлений или специфических симптомов, латентная АГ (ЛАГ) выступает реальным фактором риска сердечно-сосудистых осложнений, а ее выявление представляет определенные трудности при стандартных подходах диагностики АГ.

Цель. Разработка теста для выявления ЛАГ у лиц молодого возраста.

Методы исследования. Обследовано 378 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет, (43,2 % женщин и 56,8% мужчин) с АД не выше 140/90 мм рт.ст. Пациентам проводили офисное измерение АД методом Короткова, суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и тест для выявления ЛАГ (патент №2376930). Тест представляет собой оценку АД и ЧСС исходно и после задержки ротового и носового дыхания на 30 сек. Тест считался положительным если АД после задержки дыхания составляло 140 и/или 90 мм рт. ст. и выше. Тест проводился дважды с интервалом в 14 дней.

Полученные результаты. У 14,7% (28,9% женщин и 71,1% мужчин) обследованных пациентов проведенный тест был положительным, т.е. диагностировалась ЛАГ. Повышение АД было верифицировано СМАД. Для уточнения воспроизводимости теста с задержкой дыхания он проводился у одних и тех же пациентов тремя разными исследователями. Результаты теста при повторном его воспроизведении совпали с исходными данными в 100% случаев, причем как в случае положительного, так и в случае отрицательного ответа на теста.

Выводы. Предложенный тест прост в исполнении, не требует дорогостоящего оборудования, его результаты не зависят от личности исследователя, и он может быть использован в лечебно-профилактических учреждениях любого профиля для диагностики ЛАГ.

КАРДИОМИОПАТИЯ ПРИ ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Малев Э.Г.¹, Реева С.В.^{1,2}, Пшений А.Р.¹, Земцовский Э.В.^{1,2}

Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова ¹,

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург ².

В ряде исследований было показано снижение систолической функции левого желудочка (ЛЖ) при наследственных нарушениях соединительной ткани, например при синдроме Марфана, что было описано в качестве кардиомиопатии.

Целью нашего исследования было оценить функцию ЛЖ у бессимптомных пациентов молодого возраста с ПМК без значимой митральной регургитации с использованием двумерного анализа деформации миокарда.

Методы: в исследование было включено 78 пациентов с ПМК (средний возраст 19,7±1,6 лет; 72% юноши). Контрольную группу составили 80 здоровых лиц сопоставимого возраста и пола. Продольная деформация миокарда оценивались с помощью методики speckle tracking (Vivid 7 Dim, EchoPAC'06, GE).

Результаты: При проведении кластерного анализа были выделены два кластера пациентов с ПМК. В первом кластере (17 человек, 28% от всей группы ПМК) наблюдалось значимое снижение глобальной продольной деформации миокарда (-14,1±3,1%) по сравнению со вторым кластером (61 человек, 72%) (-20,6±3,8%, p=0,00001) и контрольной группой (-19,6±3,4%, p=0,00001). При этом систолическая (ФВ: 67,3±5,4% vs. 67,4±6,6%, p=0,94) и диастолическая функции ЛЖ (Е/е': 4,9±1,7 vs. 4,8±1,2, p=0,79) не были изменены у обследованных с ПМК. У пациентов 2 кластера наблюдалось снижение деформации только в септальных сегментах (-14,4±3,6% vs. -20,7±3,1%, p=0,00001).

Заключение: ухудшение деформации миокарда, выявляемые с помощью современных высокотехнологичных методов исследования, могут быть первыми признаками ухудшения систолической функции ЛЖ и существования кардиомиопатии при ПМК.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

*Малев Э.Г., Желнинова Т.А., Дубровская О.Б., Перевозникова М.В., Рудаков М.М., Лунева Е.Б.,
Халецкая Л.Ч., Земцовский Э.В.*

Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург.

Эпидемиология пролапса митрального клапана (ПМК) в большой степени зависит от этнической принадлежности, пола, возраста и критериев его диагностики.

Целью нашего исследования было оценить распространенность ПМК в городской российской популяции с использованием большой эхокардиографической базы данных.

Материалы и методы: Нами было ретроспективно проанализировано 11.749 эхокардиограмм выполненных в консультативно-диагностическом центре ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова с 2008 по 2010 годы включительно. Все эхокардиографии выполнялись на приборах Vivid 7 GE. ПМК диагностировался при максимальном систолическом смещение створок за линию кольца более чем на 2 мм в парастернальном продольном сечении.

Результаты: Распространенность пролапса митрального клапана по данным эхокардиографии составила 1,8% (212 обследованных), что достоверно ниже, чем во Фремингемском исследовании (2,4%, $p=0,024$). У 118 (1%) лиц с ПМК был выявлен классический, у 94 (0,8%) – неклассический пролапс. Средний возраст пациентов с ПМК составил $50,1 \pm 19,5$ лет против $51,6 \pm 18,9$ лет в остальной обследованной популяции.

Заключение: Впервые распространенность ПМК была оценена на столь большой когорте обследованных. Распространенность ПМК в обследованной нами городской российской популяции, при использовании современных критериев диагностики, оказалась значительно ниже, чем в большинстве опубликованных ранее исследований.

СОЧЕТАННАЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНАЯ И КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ПАТОЛОГИЯ: ОТ ПОНИМАНИЯ ПАТОГЕНЕЗА К ИННОВАЦИОННОЙ СТРАТЕГИИ ТЕРАПИИ?

Мартусевич А.К., Симонова Ж.Г.

*Кировская государственная медицинская академия,
Нижегородский НИИ травматологии и ортопедии.*

К настоящему времени изучены и описаны многочисленные патогенетические механизмы обеспечивающие формирование заболеваний сердечно-сосудистой системы при хронической патологии желудочно-кишечного тракта. Одним из агентов, для которых в последние десятилетия показано участие в возникновении и прогрессировании кардиоваскулярной патологии, является бактерия *Helicobacter pylori* (Hр). В связи с этим, **целью работы** служила оценка перспектив разработки новой стратегии лечения сочетанной патологии среднего отдела желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы, учитывающей роль Hр.

В действующем алгоритме ведения больных с уже сформировавшейся кардиоваскулярной патологией наличие и особенности контаминации слизистой оболочки желудка Hр практически не учитывается. В то же время присутствие Hр сочетается с повышенным риском сердечно-сосудистых катастроф и эмболии ренальных сосудов. Поэтому потенциальная стратегия ведения подобных пациентов должна включать в качестве скринингового обследования тест на наличие Hр (минимум 2 методами), при обнаружении микроорганизма – уточнение присутствия у него Cag-гена, сопряженного с повышенной патогенностью данной бактерии. При положительном результате обеих тестов и целесообразности коррекции основной сердечно-сосудистой патологии может быть рекомендована адекватная эрадикационная терапия с последующим обязательным контрольным исследованием на Hр.

Применение подобной тактики ведения пациентов кардиологического профиля может снизить риск неблагоприятного течения заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА КАК ПРЕДИКТОРА КРАТКОСРОЧНОЙ СМЕРТНОСТИ ПРИ AL-АМИЛОИДОЗЕ

*Мелиоранская Е.И., Семернин Е.Н., Стрельцова А.А., Полякова А.А., Пыко С.А., Шихалиев Д.Р., Гудкова А.Я., Шляхто Е.В.
СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова.*

Введение. Одной из причин низкой выживаемости пациентов с системным AL-амилоидозом является электрическая нестабильность миокарда, ассоциированная с вегетативной дисфункцией.

Цель. Изучение особенностей вегетативной регуляции сердца как предиктора краткосрочной смертности у пациентов с AL-амилоидозом.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 22 пациента с первичным системным AL-амилоидозом в возрасте от 37 до 84 лет (группа 2). В 1 и 3 группу вошли пациенты с метаболическим синдромом на разных стадиях заболевания. 4 группу составили пациенты с гипертонической болезнью. Материалами исследования ВСП явились записи суточного мониторирования ЭКГ пациентов, оцененные с помощью программно-аппаратного комплекса.

Результаты. В группе пациентов с первичным системным AL-амилоидозом было выявлено снижение симпатического компонента. В группе пациентов с метаболическим синдромом и нормальной ФВ ЛЖ была обнаружена активация парасимпатического компонента. У 4 пациентов с AL-амилоидозом, клинической особенностью которых являлось наличие ХПН, имела место активация симпатической и парасимпатической нервной системы. За фиксированное время наблюдения, которое составило 60 месяцев, согласно кривым Каплан-Майера, вероятность выживания в группе пациентов с AL-амилоидозом составила 36%, в то время как для группы пациентов с метаболическим синдромом эта величина составила 76%.

Выводы. Снижение симпатического компонента, ассоциированное с высокой смертностью при AL-амилоидозе, может рассматриваться как глубокое нарушение вегетативной регуляции.

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ МИОКАРДИТ

*Митрофанова Л.Б., Бещук О.В., Антонова И.В., Оршанская В.С.
«ФЦ сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург.*

У пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) описывают гипертрофию кардиомиоцитов (КМЦ), фиброз и лимфоцитарную инфильтрацию предсердий. Однако, не ясно, чем обусловлены эти изменения и распространяются ли они на все отделы предсердий и желудочки.

Цель исследования: оценить гистологические изменения в миокарде больных с пароксизмальной (ПмФП) и постоянной ФП (ПФП).

Материалы и методы: миокард 30 пациентов, умерших от ИБС с ПмФП (10), ПФП (10) и без ФП (10), забирался из crista terminalis, задней стенки левого предсердия (ЛП), пучка Бахмана (ПБ), ЛЖ. Проводилось гистологическое исследование с вычислением средней площади фиброза (СПФ), липоматоза, диаметра КМЦ и иммуногистохимическое исследование с антителами к CD3 с подсчетом среднего количества Т-лимфоцитов/мм².

Результаты: в группе без ФП во всех 4 точках забора миокарда среднее количество CD3+клеток/мм² было менее 14, а в группах с ФП – более 14. По этому показателю и СПФ группы с ФП статистически достоверно отличались от группы без ФП и не различались между собой. Только в 1 случае с ПмФП и 2 – с ПФП количество CD3+клеток/мм² в ЛЖ было менее 14. СПФ коррелировала с числом CD3+лимфоцитов/мм² ($r=0,75$, $p<0,001$), со средним диаметром КМЦ ($r=0,59$, $p<0,001$), площадью липоматоза ($r=0,43$, $p<0,01$) и с длительностью ФП ($r=0,67$, $p=0,002$).

Выводы. Пациенты с ПмФП и ПФП отличались от больных без ФП наличием хронического миокардита в предсердиях и ЛЖ. Только в 3 случаях с ФП был выявлен изолированный миокардит предсердий.

РЕЗУЛЬТАТЫ АКТИВНОЙ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Недоступ А.В., Благова О.В.

ФТК им. В.Н.Виноградова Первого МГМУ им. И.М.Сеченова.

Цель: оценить эффективность иммуносупрессивной терапии у больных с воспалительной ДКМП в сравнении со стандартным лечением ДКМП.

Материал и методы: наблюдались 42 больных с синдромом ДКМП (ср. возраст $47,6 \pm 12,3$ лет, ср. ФВ левого желудочка $30,2 \pm 12,5\%$, ср. КДР $6,7 \pm 0,9$ см). В группах лечения и сравнения (по 21 пациенту) диагноз «миокардит» поставлен 21 и 13 больным (подтвержден морфологически у 5 и 9, методом ПЦР выявлен вирусный геном в миокарде у 2 и 5, в крови – у 3 и 5 больных). В группе лечения проводилась иммуносупрессивная терапия (21 больному – кортикостероиды в ср. дозе $37,7 \pm 11,9$ мг/сутки, от 20 до 60 мг в пересчете на преднизолон; 2 – пульс-терапия метипредом; 8 – плаквенил 200 мг/сутки; 3 – азатиоприн в ср. 100 мг/сутки), в обеих группах – противовирусное лечение (12 и 15 больных), стандартная терапия сердечной недостаточности.

Результаты: через 8,7 (от 1 до 48) месяцев наблюдения в группе лечения отмечены меньшая летальность, чем в группе сравнения (2 и 4 больных, т.е. 9,5 и 19,0%, $p < 0,001$), меньшая потребность в хирургическом лечении (2 и 6 операций протезирования митрального клапана с реконструкцией камер сердца, 1 смерть в группе сравнения), имплантации кардиостимуляторов (0 и 2), дефибрилляторов (D, 0 и 3), ресинхронизирующих устройств (CRT, 0 и 1) и CRT-D (по 2), всего 9,5 и 33,3%; выполнено по 1 трансплантации сердца. Только в группе лечения достоверно возросла ФВ (с $32,4 \pm 13,0$ до $43,3 \pm 13,7\%$, $p = 0,001$), снизились КДР левого желудочка (с $6,5 \pm 0,9$ до $6,1 \pm 1,0$, $p < 0,001$) и систолическое давление в легочной артерии (с $49,1 \pm 19,5$ до $38,6 \pm 13,3$, $p = 0,005$).

Заключение: активная иммуносупрессивная терапия при воспалительной (в том числе вирусной) ДКМП достоверно улучшает сократимость миокарда и течение заболевания в сравнении со стандартной терапией ДКМП.

«ИДИОПАТИЧЕСКИЕ» АРИТМИИ: НОЗОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ НА ОСНОВАНИИ БИОПСИИ МИОКАРДА И СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

*Недоступ А.В., Благова О.В., Коган Е.А., Сулимов В.А., Абуглов С.А., Бирючкова Ю.В.,
Куприянова А.Г., Зайденов В.А., Донников А.Е.*

ФТК им. В.Н.Виноградова Первого МГМУ им. И.М.Сеченова.

Цель: провести нозологическую диагностику у больных с «идиопатическими» аритмиями с помощью биопсии миокарда и оценку специфического лечения.

Материал и методы: 17 больным (8 женщин, ср. возраст $42,6 \pm 11,9$ лет) с устойчивыми к лечению «идиопатическими» аритмиями (у 88% мерцательная аритмия, МА) выполнены эндомиокардиальная биопсия правого желудочка (ЭМБ), определение вирусной инфекции (ПЦР), антикардиальных антител, клиническое обследование; наблюдение проводится в течение $32,7 \pm 7,3$ месяцев.

Результаты: выявлены повышение в 3-4 раза титра антител к эндотелию (65%), проводящей системе (76%), кардиомиоцитам (53%), специфического АНФ (65%), нарушения перфузии при сцинтиграфии (56%), умеренное увеличение левого предсердия (41%). По результатам ЭМБ у 11 больных диагностирован миокардит (у 2 - геном парвовируса В19 и вируса Эпштейна-Барр), в т.ч. с признаками иммунного цитолиза ($n=3$) и митозом ($n=1$). У 2 больных преобладала картина продуктивного васкулита (расценен как системный). Еще у 4 больных выявлены: парвовирус-эндомиокардит; первичная кардиомиопатия (хаотичное расположение миоцитов, вирус герпеса 6, фиброз); АДПЖ; болезнь Фабри. Проводилась терапия антиаритмиками, преднизолоном ($n=12$, ср. доза $28,8 \pm 10,9$ мг), азатиоприном 150 мг/сут. ($n=2$), плаквенилом 200 мг/сут ($n=10$), мовалисом 15 мг/сут. ($n=7$), ган-/ацикловиром ($n=4$), габриглобином ($n=2$) у 14 больных (82%), с хорошим эффектом у 69,2% из них. Обострения аритмии в связи с инфекцией и/или отменой терапии отмечены у 47%; у 2 проведена РЧА.

Заключение: с помощью ЭМБ у 88,2% больных (с повышенными титрами антикардиальных антител) выявлена иммунно-воспалительная природа «идиопатических» аритмий (МА), получен эффект от специфической терапии.

МАНИФЕСТАЦИЯ САРКОМАТОИДНОЙ МЕЗОТЕЛИОМЫ ПЕРИКАРДА: ЛОЖНАЯ АНЕВРИЗМА ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА АОРТЫ У 26-ЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА

*Осадчий А.М., Лаврешин А.В., Митрофанова Л.Б., Пахомов А.В., Успенский В.Е.,
Сухова И.В., Гордеев М.Л.*

ФГУ «ФЦСКЭ имени В.А. Алмазова Минздрава России», Санкт-Петербург.

Мы представляем клинический случай манифестации перикардиальной мезотелиомы с развития ложной аневризмы восходящего отдела аорты.

Материалы и методы: пациент И., 26 лет, поступил в клинику ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова» 19.04.2011 с жалобами на периодические боли в груди, одышку без связи с физической нагрузкой, эпизоды субфебрилитета. Амбулаторно на основании ультразвукового исследования сердца был установлен диагноз ложной аневризмы восходящего отдела аорты. По данным МРТ сердца с контрастированием: по правому контуру восходящего отдела аорты определяется мешотчатая аневризма диаметром 110 мм, полость аневризмы частично тромбирована, толщина тромботических масс 15-50 мм. Остаточная полость имеет диаметр 48 мм и соединена шейкой диаметром 6 мм, расположенной непосредственно над аортальным клапаном (АК).

Результаты: 29.04.2011 выполнена операция: стернотомия, протезирование АК (МедИнж-23), пластика восходящего отдела аорты, пластика правого желудочка (ПЖ) в условиях экстракорпорального кровообращения и фармако-холодовой кардиopleгии. Интраоперационно отмечен выраженный спаечный процесс в полости перикарда. В области передне-боковой поверхности сердца с правой стороны имелось округлое образование размерами 15 x 12 см, без четких границ с окружающими тканями, малосмещаемое, плотно прилежащее к проекциям ПЖ и восходящей аорты; отмечено, что по передне-боковой поверхности сердца располагаются единичные плотноэластичные образования неправильно-овоидной формы, умеренно подвижные, диаметром 1-2 см. На этапе ревизии аневризмы отмечено вовлечение в ее область передней стенки ПЖ. В центре образования имелась полость 9x3 мм, сообщающаяся через линейный дефект стенки восходящей аорты с просветом последней. Дефект аорты закрыт заплатой из ксеноперикарда, выполнено протезирование АК в связи с расположением дефекта стенки аорты в непосредственной близости к коммисуре АК. Ближайший послеоперационный период протекал без особенностей. По данным патоморфологического исследования интраоперационного материала выявлена злокачественная опухоль, которая, вероятнее всего, является саркоматоидной мезотелиомой перикарда с высокой пролиферативной активностью. 16.05.2011 пациент выписан с регоспитализацией для дальнейшего лечения в ФГУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова».

Выводы. Данное клиническое наблюдение представляет интерес в связи с редкостью патологии и трудностью своевременной прижизненной диагностики.

ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ И СУБЪЕКТИВНАЯ ЕЕ ПЕРЕНОСИМОСТЬ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И МАРФАНОИДНОЙ ВНЕШНОСТЬЮ

Панкова И.А., Реева С.В., Малев Э.Г., Земцовский Э.В.

ФГУ «ФЦСК и Э им В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт Петербург, Россия.

Известно, что у лиц с пролапсом митрального клапана (ПМК) отмечается низкая толерантность к физической нагрузке (ТФН). Вопрос о ТФН у лиц с марфаноидной внешностью (МВ) и с признаками системного вовлечения соединительной ткани (СВСТ) ранее не рассматривался.

Цель работы: оценить ТФН и ее субъективную переносимость у лиц с ПМК, МВ и системным вовлечением соединительной ткани.

Материалы и методы: Обследовано 125 человек (средний возраст 20±2 лет), из них 66 студентов СПбГПМА и 59 пациентов ФЦ СК и Э им.В.А.Алмазова. Проводились сбор жалоб, фенотипическое, эхокардиографическое обследование, тредмил-тест по стандартному протоколу Bruce.

Результаты: По данным анализа жалоб 25% студентов отметили плохую переносимость физических нагрузок (ФН). При этом различий ТФН у лиц с «плохой» и нормальной работоспособностью не выявлено (10,5 и 10,9МЕТs соответственно, $p>0,05$). Из студентов «плохо» переносящих ФН 47% составили лица с ПМК. Количество лиц с МВ в группах не отличалось (12% и 10%), а из 6 студентов с СВСТ «плохую» переносимость ФН отмечали 5 человек. ТФН в группах ПМК и МВ была несколько ниже, чем в контроле (10,8±2 МЕТ, 11,4±3 МЕТ и 12,4±3 МЕТ, соответственно). У лиц с СВСТ в сравнении с контролем ТФН была достоверно ниже (10,4 МЕТ, $p=0,04$), оставаясь в пределах нормы.

Выводы: 1. 25% практически здоровых молодых людей отмечают «плохую» переносимость ФН, при этом 47%

из них составляют лица с ПМК. 2. ТФН имеет тенденцию к снижению у лиц с МВ и ПМК в сравнении с контролем, но достоверно ниже ТФН оказалась только у лиц с СВСТ.

ДИАГНОСТИКА АРИТМОГЕННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ/ДИСПЛАЗИИ СЕРДЦА

Пармон Е.В., Трешкур Т.В., Лебедев Д.С.

ФГУ «ФЦ СКЭ им. В.А.Алмазова», Санкт-Петербург, Россия.

Аритмогенная кардиомиопатия/дисплазия правого желудочка (АКДПЖ) – наследуемое злокачественное заболевание, лежащее в основе ряда желудочковых нарушений ритма (ЖНР). Учитывая низкую чувствительность диагностических критериев 1994 года, в 2010 году международной группой исследователей были предложены новые критерии постановки диагноза АКДПЖ.

Цель: Диагностика АКДПЖ 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 АКДПЖ был поставлен 8 пациентам (2% от числа наблюдаемых), среди которых: (5 мужчин, 3 женщины, средний возраст $38,9 \pm 16,5$ 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 соответствии с новыми критериями диагноз АКДПЖ у этих 8 пациентов был пересмотрен, для чего дополнительно была выполнена 2D-эхокардиография с определением расчетных показателей размеров ПЖ, были пересмыслены все данные других исследований и анамнеза. Диагноз АКДПЖ у всех 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.

Заключение: Согласно современным представлениям сочетание наличия ЖНР с выявляемой патологической жировой тканью по данным МРТ не являются абсолютными критериями постановки диагноза АКДПЖ. Необходимо оценивать совокупность новых критериев с учетом анамнеза, ЭКГ-методов, ЭМБ, и определенных протоколов эхокардиографии и МРТ.

ПРИЗНАКИ ВОВЛЕЧЕНИЯ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ КАЛЬЦИФИЦИРУЮЩЕМ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ

Парфенова Н.Н.¹, Хасанова С.И.¹, Дубова Е.В.², Земцовский Э.В.²

С-Петербургская педиатрическая медицинская академия¹,

ФГУ ФЦ сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова, С-Петербург².

Кальцифицирующий аортальный стеноз (КАС) является наиболее распространенным заболеванием сердечно-сосудистой системы, требующим замены аортального клапана. Среди множества причин, приводящих к КАС, еще не оценено участие наследственных нарушений соединительной ткани (ННСТ) и, в частности, степени вовлеченности костной системы, как одного из наиболее типичных проявлений синдрома Марфана и близким ему нарушений.

Цель. Выявить признаки вовлечения костной системы у пациентов с КАС.

Материалы и методы. Обследовано 117 пациентов. В 1-ю группу (56 человек) вошли пациенты с КАС, 25 из которых уже подверглись протезированию аортального клапана. Средний возраст в этой группе составил $63,4 \pm 9,9$ лет. 2-ю группу (контрольную) составили 61 пациент без КАС (средний возраст $58,7 \pm 3,6$). Всем пациентам проводилась антропометрия с поиском костных признаков ННСТ (с учетом пересмотренных Гентских критериев 2010 г.) и эхокардиография.

Результаты. У пациентов с КАС (1-я группа) по сравнению с контрольной группой выявлено большее распространение таких признаков вовлечения костной системы, как астеническая грудная клетка ($55.4\% \text{ vs. } 23.0\%$, $p < 0.01$), воронкообразная деформация грудной клетки ($39.2\% \text{ vs. } 9.8\%$, $p < 0.05$), арковидное небо ($44.6\% \text{ vs. } 22.9\%$, $p < 0.05$), сколиотическая деформация позвоночника ($83.9\% \text{ vs. } 31.1\%$, $p < 0.01$), плоскостопие ($55.5\% \text{ vs. } 47.5\%$, $p > 0.05$).

Выводы. Среди пациентов с кальцифицирующим аортальным стенозом чаще выявляются признаки вовлечения костной системы, что позволяет рассматривать их в качестве предиктора развития КАС.

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ АНГИОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ УСТЬЕВ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПЕРЕД РАДИОЧАСТОТНОЙ КАТЕТЕРНОЙ АБЛЯЦИЕЙ

Пахомов А.В., Митрофанов Н.А., Лебедев Д.С., Лебедева В.К., Рыжков А.В., Игнатьева Е.С.
ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова».

Цель исследования: Оценка диагностической значимости магнитно-резонансной ангиографии (МРА) в визуализации анатомических особенностей устьев легочных вен (ЛВ) у пациентов с фибрилляцией предсердий.

Материалы и методы: Всего было обследовано 42 пациента (16 мужчин, 26 женщин, средний возраст $55,1 \pm 3,2$ лет) с фибрилляцией предсердий. МРА проводилась на МР томографе 3T (Magnetom Trio A Tim, Siemens). Всем пациентам производилось внутривенное контрастирование контрастными веществами в концентрации 1,0 ммоль/мл (Gadovist) в дозировке 0,2 ммоль/кг массы тела. Интерпретация полученных изображений проводилась тремя независимыми радиологами. Отсутствие четкой границы между устьями ЛВ расценивалось как их общий вестибуль, впадение ЛВ в правое предсердие в виде одного общего сосуда – как общий ствол, а сужение устьев ЛВ – как их стеноз.

Результаты: У 18 человек определялось обычное расположение устьев ЛВ в виде двух отдельных стволов справа и слева. У 13 человек было обнаружено отсутствие четкой границы между венами – общий вестибуль. У 3-х человек – стенозы устьев ЛВ до 70 и 75% соответственно. У 6 человек был выявлен общий ствол ЛВ, из них у 5-и – слева и у 1 больного – справа. У 2-х пациентов определялась добавочная легочная вена справа и у одного – добавочная легочная вена справа в сочетании со стенозом левой нижней вены.

Выводы: МР-ангиография является эффективным методом оценки анатомических особенностей устьев ЛВ у пациентов с фибрилляцией предсердий перед оперативным лечением. Детальная информация о строении предсердия и легочных сосудов, полученная с помощью МРА, позволяет осуществить более корректную абляцию аритмогенных участков, а также снизить лучевую нагрузку во время операции.

РОЛЬ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ЭНДОМИОКАРДИАЛЬНОЙ БИОПСИЕЙ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА

Митрофанов Н.А., Пахомов А.В., Митрофанова Л.Б., Лебедев Д.С.
ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова».

Цель исследования: оценка роли магнитно-резонансной томографии (МРТ) сердца в сочетании с эндомиокардиальной биопсией (ЭМБ) у больных с желудочковыми нарушениями ритма.

Материалы и методы: Обследован 21 пациент с желудочковыми аритмиями неясного генеза. Всем больным выполнялась МРТ на томографе с напряженностью магнитного поля 3T (Magnetom Trio A Tim; SIEMENS). Исследование проводилось в стандартных сердечных проекциях. Выполнялись T1 ВИ, T2 ВИ, а так же томография с подавлением сигнала от жировой ткани. Всем пациентам производилось внутривенное контрастирование контрастными веществами в концентрации 0,5 ммоль/мл в дозировке 0,3 ммоль/кг массы тела. Сканирование выполнялось в отсроченную фазу, т.е. через 15 минут от начала введения парамагнетика. 9 пациентам выполнена ЭМБ правого желудочка.

Результаты: При МРТ выявлено наличие липоматоза миокарда у 4 пациентов, что расценивалось как аритмогенная дисплазия правого желудочка (АДПЖ). У 8 пациентов наблюдалось патологическое накопление контраста миокардом левого желудочка в отсроченную фазу по типу полосы в интрамуральном слое или в виде диффузно-очагового накопления, что расценивалось как проявление миокардита. Этим больным была оказана специфическая терапия с положительным результатом. У 9 пациентов изменений МР сигнала в миокарде не выявлено.

ЭМБ выполнена 9 пациентам без наличия структурных изменений миокарда. У 3 при последующем гистологическом исследовании был установлен диагноз АДПЖ и у 6 – миокардит.

Выводы: МРТ с контрастированием позволила установить причину желудочковых аритмий и правильно определить тактику лечения. При не соответствии клинических проявлений и данных, полученных при МРТ, диагноз определялся на основании ЭМБ. МРТ являлось средством, позволяющим выявить пациентов, нуждающихся в проведении ЭМБ.

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ИММУННАЯ АКТИВНОСТЬ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Пилипенко В.Г., Трофимцова Е.П., Маркин М.А., Кравец А.Ф., Собчишин Н.П.

Сумский областной клинический госпиталь для ИОВ, г. Сумы, Украина.

Цель: оценить уровень фактора некроза опухолей- α (ФНО- α) и функциональное состояние левого желудочка (ЛЖ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с сопутствующей хронической сердечной недостаточностью (ХСН) при метаболическом синдроме (МС).

Результаты. Обследовано 40 больных в возрасте $61,7 \pm 2,9$ лет с ИБС и МС. У всех больных диагностировали МС на основании критериев: нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет II типа, абдоминальный тип ожирения, гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия, артериальная гипертензия. У всех больных отмечены признаки ХСН I – IV функционального класса (ФК) по NYHA.

У большинства больных с ХСН и МС ФНО- α не определялся. У 37,5% больных с ХСН в плазме крови ФНО- α присутствовал в концентрации от 0,78 до 46,6 пг/мл. У 1 (2,5%) пациента отмечалась парадоксальная динамика концентрации ФНО- α в плазме крови в ходе наблюдения. Среди больных с ХСН и МС без ФНО- α в плазме крови, было 6 пациентов с I ФК, 14 – со II ФК, 4 – с III ФК ХСН. Среди больных с ФНО- α был 1 – с I ФК, 1 – со II, 6 – с III, 7 – с IV ФК. Отмечены более частые эпизоды декомпенсации ХСН у больных с ФНО- α в плазме крови. При наличии ФНО- α в плазме крови имел место более длительный анамнез ХСН – $28,87 \pm 8,71$ месяцев; у пациентов без ФНО- α – $19,6 \pm 8,89$ месяцев ($p < 0,05$). Фракция выброса (ФВ) ЛЖ составила $34,6 \pm 3,70$ и $38,88 \pm 4,32\%$ соответственно у больных с ФНО- α и без него соответственно ($p < 0,005$). Установлена обратная корреляционная зависимость между ФВ и уровнем ФНО- α в плазме крови ($r = -0,45$, $p < 0,05$).

Вывод. При изучении особенностей течения ХСН у больных с ИБС и МС с цитокиновой агрессией обнаружена обратная зависимость ФВ ЛЖ от уровня ФНО- α в плазме крови. Больных с ХСН и МС с ФНО- α в плазме крови отличают тяжелое течение заболевания, значительное нарушение сократительной функции миокарда.

ГИПЕРИНСУЛИНЕМИЯ И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Полтавцева О. В., Нестеров Ю. И.

ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава», г. Кемерово.

Цель данного исследования – определить уровень инсулина и инсулинорезистентность (ИР) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и цереброваскулярными нарушениями на фоне метаболического синдрома (МС).

Материалы и методы. Обследовано 82 пациента с АГ и МС, 32 (39%) мужчины и 50 (61%) женщин, в возрасте от 40 до 75 лет (средний возраст – $58,2 \pm 1,2$ года). Из них 52 пациента (63,4%) перенесли острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу, 36,6% – транзиторную ишемическую атаку (ТИА). Критериями гиперинсулинемии считали уровень инсулина натощак выше 12,5 мЕд/мл. Для определения ИР использовали индекс НОМА, который рассчитывали по формуле: Инсулин натощак (мЕд/мл) $\times$ Глюкоза натощак (ммоль/л) / 22,5. При индексе НОМА больше 2,77 пациентов считали инсулинорезистентными.

Результаты исследования. У 87% пациентов выявлено повышение уровня инсулина в сыворотке крови. Концентрация инсулина составила в среднем $21,2 \pm 1,3$ мЕд/л. ИР установлена у 89,3% больных, индекс НОМА составил в среднем $5,2 \pm 0,32$. Среди пациентов с ОНМК ИР отмечена в 92,4% случаев, среди больных с ТИА – в 85,7%. Индекс НОМА у больных с ОНМК и ТИА составил в среднем $5,6 \pm 0,42$ и $4,54 \pm 0,3$, соответственно ($p = 0,043$).

Вывод. Таким образом, в нашем исследовании у подавляющего числа пациентов с АГ и цереброваскулярными нарушениями на фоне МС установлено наличие гиперинсулинемии (у 87%) и инсулинорезистентности (у 89,3%).

СТРУКТУРНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА И ИЗМЕНЕНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ AL – АМИЛОИДОЗЕ

Полякова А.А., Мелиоранская Е.И., Семернин Е.Н., Крутиков А.Н., Гудкова А.Я.

СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Введение. Наиболее распространенной формой системного амилоидоза является AL – амилоидоз, кардиальные проявления которого вариабельны.

Цель. Изучить особенности клинического течения и варианты ремоделирования миокарда при системном AL – амилоидозе с преимущественным поражением сердца.

Материалы и методы. В исследование включены 22 пациента в возрасте от 37 до 84 лет. Инструментальное исследование сердечно-сосудистой системы включало ЭХОКГ (М-модальный, двумерный и доплеровский режимы).

Результаты. У всех 22 пациентов по данным эхокардиографического исследования выявлена диастолическая дисфункция, а систолическая функция была нарушена у 7 из 22 наблюдаемых пациентов (ФВ составила в среднем – 24,3%). Своевременно диагноз AL амилоидоза установлен только 1 из обследуемых пациентов. У 13 пациентов имела место гипердиагностика ИБС, несмотря на значительное увеличение индекса массы миокарда левого желудочка: ИММ ЛЖ составил от 116 до 339 г/м² (среднее значение – 189,6 г/м²) и интактные коронарные артерии по данным коронароангиографии. 3 пациентам первоначально установлен диагноз ГКМП (средняя величина ИММ ЛЖ – 176 г/м², толщина МЖПд – 18,1 мм), 1 пациент наблюдался с диагнозом ДКМП, а у 5 пациентов имела место РКМП (КДР ЛЖ снижен: среднее значение – 40,5 мм, диаметр ЛП увеличен – 50,82 мм, повышен ИММ ЛЖ – 173,7 г/м² и СДЛА – 40,4 мм рт. ст.).

Выводы. Гипердиагностика ИБС и особенности ремоделирования сердца и сосудов затрудняет своевременную постановку правильного диагноза, приводит к поздней диагностике и может стоить больному жизни.

СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И МАРФАНОИДНОЙ ВНЕШНОСТЬЮ

Реева С.В.

*ФГУ ФЦ Сердца, Крови и Эндокринологии им. В.А.Алмазова,
Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия,
Санкт-Петербург, Россия.*

По данным литературы пролапс митрального клапана (ПМК) у лиц молодого возраста может сопровождаться как артериальной гипертензией (АГ), так и снижением артериального давления (АД). Вопрос об уровне АД у лиц с марфаноидной внешностью (МВ) ранее не изучался.

Цель: оценить показатели суточного профиля АД и их взаимосвязь с характером вегетативной регуляции у лиц молодого возраста с ПМК и МВ.

Материалы и методы: Обследовано 72 юноши в возрасте от 18 до 25 лет, из них 21 юноша с ПМК, 31 юноша с МВ и 20 практически здоровых юношей (контрольная группа). Выполнено суточное мониторирование ЭКГ и АД (СМАД) с включением в протокол активной ортостатической пробы (АОП).

Результаты: Анализ суточного профиля АД не выявил достоверных различий средних значений систолического (САД) АД в сформированных группах. Вместе с тем, уровень диастолического (ДАД) оказался наименьшим у лиц с МВ в сравнении с группой ПМК и контролем, особенно в ночные часы (56, 61 и 62 мм.рт.ст. соответственно, $p < 0,05$). Индексы нагрузки давлением оказались выше у лиц с МВ в сравнении с ПМК и контролем. Кроме того, циркадный индекс ДАД у лиц с ПМК и МВ оказался достоверно выше в сравнении с контролем (21%, 19% и 12% соответственно, $p < 0,001$). Анализ суточного профиля АД у лиц с ПМК и МВ с различными видами ответа на АОП показал, что юноши с избыточным приростом АД или ЧСС в АОП демонстрировали большие средние значения и гипертензивные индексы АД в сравнении с лицами с избыточным снижением АД и контрольной группой.

Выводы: 1. Суточный профиль АД у лиц с МВ характеризуется достоверным снижением ДАД, преимущественно в ночные часы. 2. Наибольшие значения АД выявляются у лиц с избыточным приростом АД или ЧСС в АОП.

СВЯЗЬ ЧАСТОТЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ СРЕДИ БАНКОВСКИХ СЛУЖАЩИХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

*Ротарь О.П., Конради А.О., Коростовцева Л.С., Киталаева К.Т., Иваненко В.В.,
Солнцев В.Н., Анохин С.Б., Барт В.А.*

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

Цель. Дебаты о вреде и протективной роли употребления алкоголя и возможных более или менее «полезных» видах алкоголя постоянно ведутся в сфере, касающейся риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Целью нашего исследования было оценить возможную связь употребления алкоголя с различными компонентами метаболического синдрома в зависимости от регулярности употребления и типа алкоголя в популяции банковских работников, которые имеют повышенную умственную нагрузку и низкую физическую нагрузку.

Материалы и методы. В различных офисах Санкт-Петербурга на рабочих местах скрининговыми бригадами

было обследовано 1600 работников банка в возрасте от 20 до 65 лет, в анализ были включены 1575 субъектов. Все обследуемые были опрошены по утвержденному вопроснику, который включал личные данные, сведения относительно курения, потребления алкоголя, физической активности и сопутствующей патологии и терапии. Уровень потребления алкоголя оценивался по частоте (отсутствует, спорадически и регулярно) и по виду потребляемого алкоголя (вино, пиво и крепкие спиртные напитки (водка, коньяк)). Артериальное давление измерялось в положении сидя три раза после 10 минутного отдыха на правой руке. Проводились антропометрические измерения, забор крови проводился натощак. Уровень глюкозы и липидов сыворотки определялся на аппарате Хитачи-902 с использованием реактивов фирмы Рош Диагностика (Швейцария). Распространенность метаболического синдрома (МС) оценивалась по критериям IDF (2005) и АТРИП. Все участники подписали информированное согласие.

Результаты. Среди анализированных 1575 субъектов были: 340 мужчин и 1235 женщин. Среди обследованных не принимали алкоголь 193 человека (12,3%), спорадически 1137 (72,1%) и регулярно 245 (15,5%). Безусловно мужчины в 3 раза чаще имели регулярное употребление алкоголя – в 32,3% случаев versus 10,9% у женщин. При сравнении групп с употреблением различных типов алкоголя не было выявлено значимых различий между лицами, употреблявшими пиво и вино, и непьющими субъектами. Только лица, употреблявшие крепкие спиртные напитки, достоверно отличались от непьющих субъектов, причем эти различия имели и гендерный характер. Мужчины, употреблявшие крепкие спиртные напитки, имели выше распространенность артериальной гипертензии (АГ) по критерию АД>140/90 мм рт. ст. – 50,5% vs 37,2% ($p=0,05$), абдоминального ожирения (талия>94 см) – 51,6% vs 41,9% ($p=0,0009$), гипергликемии (глюкоза натощак >5,6 ммоль/л) – 47,6% vs 33,3% ($p=0,01$) и распространенность МС согласно критериям IDF – 39,7% vs 24,6% ($p=0,01$). С другой стороны женщины имели более высокую распространенность АГ не только по критерию АД>140/90 мм рт. ст. – 26,4% vs 14,5% ($p=0,0001$), но и по критерию АД>130/85 мм рт. ст. 33,8% vs 23,0% ($p=0,0002$), ожирения (талия >80 см) 58,8% vs 39,6% ($p=0,0001$), гипергликемия (>5,6 ммоль/л) 29,1% vs 23,1% ($p=0,03$) и чаще МС согласно IDF критериям 25,6% vs 15,2% ($p=0,0001$) и АТР критериям 23,3% vs 13,7% (0,0001).

Выводы. В общей популяции банковских служащих уровень потребления алкоголя невысокий. Употребление крепких алкогольных напитков ассоциируется с повышенным риском распространенности компонентов метаболического синдрома, причем у мужчин, только по критериям IDF, а у женщин как по IDF критериям, так и по АТР критериям.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ У ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА

Симоненко В.Б., Фисун А.Я., Лиферов Р.А., Паценко М.Б., Щур Ю.В.

ФГУ «Учебно-научный клинический центр имени П.В.Мандрыка», г. Москва.

Цель исследования: изучение клинических особенностей, результатов суточного мониторинга АД (СМАД) и возможностей достижения целевых уровней АД при артериальной гипертензии (АГ) на рабочем месте (АГРМ) у лиц опасных профессий (ОП).

Материалы и методы. Обследовано 254 больных мужчин с АГРМ, профессия которых классифицировалась как ОП. Группой сравнения были 500 больных с АГ обычного течения. Кроме того, у 42 и 36 больных 1 группы, у 65 и 41 больных 2 группы в течение 12 месяцев применялись эпросартан и небиволол. До начала лечения, а также через 4 и 12 недель, 6 и 12 месяцев у них также были оценены показатели СМАД.

Результаты исследования и выводы. Большинство больных 1 и 2 групп имели высокий и очень высокий риск. При АГРМ у лиц ОП, работающих в условиях профессионального стресса, значительно чаще выявлялись поражения органов-мишеней, а также наблюдались прогностически неблагоприятные типы суточных профилей АД (СПАД). Это повышает у этой категории больных риск развития связанных с АГ осложнений и требует своевременного проведения мероприятий лечебного и профилактического характера.

Применение эпросартана и небиволола у больных с АГРМ приводило к нормализации среднесуточных показателей систолического АД и диастолического АД. Одновременно с достижением целевых показателей АД в группе больных с АГРМ отмечена нормализация СПАД у 84% и 90% больных. Положительные антигипертензивные эффекты эпросартана и небиволола у больных с АГРМ отчетливо проявлялись, начиная с 4 недели приема препарата и наблюдались в течение 12 месяцев наблюдения за больными.

НАРУШЕНИЕ РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ЭКЗОГЕННЫМ СУБКЛИНИЧЕСКИМ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ

Соколова А.Ю., Киселева Т.П.

ГОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития, курс эндокринологии кафедры внутренних болезней, эндокринологии и клинической фармакологии, Екатеринбург.

Введение: Ретроспективные исследования [Baldini В. и др., 2008, Heemstra К.А. и др., 2006, Ito М. и др., 2006] показали, что осложнения при проведении супрессивной терапии левотироксином (СТЛ) после оперативного лечения дифференцированного рака щитовидной железы (ДРЩЖ) минимальны. Исключение составляют пожилые пациенты и пациенты с кардиальной патологией – даже при наличии персистенции заболевания необходимо избегать подавления уровня ТТГ.

Цели и задачи: Выявить наличие нарушений сердечного ритма у пациентов на фоне проведения (СТЛ), а также проследить в дальнейшем возможность возникновения нарушений ритма у данной группы пациентов на фоне эутиреоза.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 36 пациентов, наблюдающихся в амбулаторно-консультативном отделении эндокринологического центра ГКБ №40, получавших супрессивные дозы левотироксина (75-200 мкг, уровень ТТГ 0,0-0,54 мМЕ/л) после оперативного лечения ДРЩЖ. Учитывались данные амбулаторного осмотра пациентов и результаты электрокардиографического исследования. Из исследования исключались пациенты с предшествующими изменениями на ЭКГ, тиреотоксикозом до оперативного лечения и сахарным диабетом, возникшим до выявления РЩЖ.

Результаты: В обработку включено 36 амбулаторных карт (35 женщин, 1 мужчина), возраст начала супрессивной терапии от 23 до 68 лет; 9 человек, получавшие СТЛ имели возраст старше 60 лет, так как относились в группу высокого риска (с учетом стадии заболевания, наличия региональных метастазов и рецидивов опухоли).

Прервано лечение у одного человека при выявлении ИБС. У 8 пациентов по ЭКГ не выявлено существенных отклонений, синусовая тахикардия периодически возникала у 15 человек (41,7%), у 2 женщин (5,5%) синусовая брадикардия (ЧСС 55-58 в минуту), синусовая аритмия выявлена у 2 пациенток (5,5%), блокада ножек пучка Гиса на фоне синусового ритма у 6 человек (16,7%), 1 чел. (2,8%) с желудочковой экстрасистолей, у 1 (2,8%) синусовая аритмия и замедление атриовентрикулярной проводимости и у 1 (2,8%) по ЭКГ синусовая аритмия, признаки ранней реполяризации желудочков. После окончания СТЛ ритм восстановился у 8 человек из 28 с различными нарушениями ритма и проводимости (28,6%), в том числе у пациентов с синусовой брадикардией. Для восстановления ритма при проведении СТЛ эффективно использовались β -блокаторы (селективные, в одном случае неселективные), проводилась метаболическая терапия. При наличии артериальной гипертензии использовались недигидропиридиновые антагонисты кальциевых каналов, ингибиторы АПФ, мочегонные препараты.

Выводы:

1. По данным ретроспективного исследования у пациентов, с экзогенным субклиническим тиреотоксикозом не выявлено серьезных нарушений ритма и проводимости, в том числе у категории пациентов старше 60 лет.
2. β -блокаторы и недигидропиридиновые антагонисты кальциевых каналов нивелируют нарушения ритма при экзогенном тиреотоксикозе и позволяют продолжить лечение без уменьшения дозы левотироксина.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОДРОСТКОВ

Суханов А.В., Денисова Д.В.

НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия.

Цель. Оценить влияние артериального давления (АД) на отдельные показатели высшей нервной деятельности (ВНД) у подростков. Методы исследования. После получения письменного информированного согласия выполнено одномоментное популяционное обследование случайной репрезентативной выборки школьников 14–17 лет обоего пола г. Новосибирска. Показатели АД измерялись по стандартизированной методике. ВНД оценивалась с помощью корректурной пробы, теста Лурия с запоминанием 10 слов и теста исключения понятий (ТИП). Применялся статистический пакет «R for Windows».

Полученные результаты. Обследованы 231 мальчик (42,1%) и 318 девочек (57,9%) (15,66±0,9 год). Выявлены статистически достоверные гендерные различия ($p<0,01$) по концентрации внимания и по ТИП. Оценена статистическая достоверность различий между 2 крайними группами (ниже 10 и выше 90 перцентилей (%) значений АД) по средним значениям рангов показателей ВНД (критерий U Манна-Уитни). По САД более высокие оценки, соответствующие лучшему выполнению задания, имелись в группе ниже 10% (с более низкими показателями САД): 79,69 и 65,51, соответственно. В группе с более низкими показателями ДАД (ниже 10%) отмечается большее количество

ошибок: 68,75 и 54,87, соответственно. Для теста Лурия и ДАД были выявлены слабые отрицательные корреляции (-0,136 и -0,122 для непосредственного и отсроченного воспроизведения, соответственно). Это подтверждается результатами парного корреляционного анализа и множественной линейной регрессии.

Выводы. Данные популяционного исследования говорят о влиянии гемодинамических факторов на состояние памяти, концентрации внимания и особенности мышления у подростков.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ЕЁ ДЕФИЦИТА НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОДРОСТКОВ

Суханов А.В., Денисова Д.В.

НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия.

Цель. Оценить влияние избыточной массы тела (ИМТ) и её дефицита на отдельные показатели высшей нервной деятельности (ВНД) у подростков.

Методы исследования. После получения письменного информированного согласия выполнено одномоментное популяционное обследование случайной репрезентативной выборки школьников 14–17 лет обоего пола г. Новосибирска. Рост и масса тела измерялись по стандартизированной методике. Нарушения массы тела оценивались по индексу Кетле с помощью критериев IOTF. ВНД оценивались с помощью корректурной пробы (КП), теста Лурия с запоминанием 10 слов, а также теста исключения понятий (ТИП). Применялся статистический пакет «R for Windows». Использовали t-критерий Стьюдента в случае нормального распределения количественных показателей или критерий U Манна-Уитни в случае распределения, отличного от нормального. Также применялся парный корреляционный анализ на основе коэффициента ранговой корреляции ρ Спирмена. Проверка гипотез во всех случаях проводилась для уровня вероятности 95% ($p < 0,05$).

Полученные результаты. Выявлены статистически достоверные различия между группами с пониженной массой тела и с ИМТ по результатам ТИП. В группе с более низкими показателями массы тела отмечались более высокие балльные оценки (357,5 и 209,39, соответственно). Выявлена слабая корреляционная связь индекса Кетле с количеством воспроизведенных при первом предъявлении слов в пробе Лурия и с номером в строке последнего просмотренного символа при выполнении КП.

Выводы. ИМТ и ожирение могут предрасполагать к нарушению концентрации внимания и памяти в подростковом возрасте.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ УРОВНЕЙ ЛИПИДНЫХ ФРАКЦИЙ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОДРОСТКОВ

Суханов А.В., Денисова Д.В.

НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия.

Цель. Оценить влияние ассоциаций различных уровней липидных фракций и атерогенных дислипидемий на отдельные показатели высшей нервной деятельности (ВНД) у подростков.

Методы исследования. После получения письменного информированного согласия выполнено одномоментное популяционное обследование случайной репрезентативной выборки школьников 14–17 лет обоего пола г. Новосибирска. Уровень липидных фракций измерялся по стандартизированной методике. ВНД оценивались с помощью корректурной пробы (КП), теста Лурия с запоминанием 10 слов и теста исключения понятий (ТИП). Применялся статистический пакет «R for Windows».

Полученные результаты. Обнаружены слабые положительные корреляционные зависимости между уровнем ОХС, ХСЛНП и ТГ и рядом показателей, характеризующих ВНД (ТИП, отсроченным воспроизведением слов в тесте Лурия). Связи ХСЛНП и ТГ и ВНД нашли своё подтверждение при выполнении множественного регрессионного анализа. Однако роль ОХС не нашла своего подтверждения в регрессионной модели, несмотря на то, что в однофакторном дисперсионном анализе и в корреляционном анализе была показана слабая положительная зависимость с отсроченным воспроизведением слов в тесте Лурия.

Выводы. Полученная корреляционная зависимость носит характер, обратный таковой, которая обычно наблюдается в старших возрастных группах. Это, предположительно, может быть связано с процессом окончательного завершения миелинизации в ассоциативных и комиссуральных проводящих путях головного мозга у детей и подростков. Необходимый для этого миелин состоит приблизительно на 70–75 % из липидов.

АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ – МОЖНО ЛИ ПРОГНОЗИРОВАТЬ ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ?

Трешкур Т.В., Пармон Е.В., Овечкина М.А.

ФГУ «ФЦСКЭ им.В.А.Алмазова» Минздравсоцразвития, Санкт-Петербург.

Назначение антиаритмических (АА) препаратов больным с желудочковой аритмией (ЖА) до сих пор происходит эмпирически и остается весьма трудоемким и дорогостоящим процессом.

Целью работы явилось выяснение, правомерно ли прогнозировать эффективность АА терапии у пациентов с некоронарогенной ЖА с учетом тонуса автономной нервной системы (АНС)?

Материал и методы. Были обследованы 183 пациента в возрасте от 18 до 62 лет с неишемическими ЖА высоких градаций (III-V по Лауну) и относящихся к категории доброкачественных и потенциально опасных по классификации Bigger (1984). При определении тонуса АНС ориентировались на данные холтеровского мониторирования ЭКГ (Кардиотехника-4000, Инкарт), нагрузочных и фармакологических тестов с β -адреноблокаторами (60 мг обзидана/анаприлина, per os).

Результаты. Пациенты были разделены на три группы в зависимости от результатов холтеровского мониторирования ЭКГ, велоэргометрии и фармакологических проб.

I группа – 96 пациентов с нагрузочной (стресс-индуцированной) ЖА и АА эффектом на прием β -адреноблокатора.

II группа – 72 пациента с преимущественно ЖА покоя, которая исчезала во время ФН. Прием β -адреноблокатора у пациентов II группы был неэффективен.

III группа – 15 пациентов, у которых ЖА регистрировалась как в покое, так и во время ФН, была не столь однородна в отношении результатов нагрузочных и фармакологических проб.

Пациентам I группы целенаправленно были назначены β -адреноблокаторы в индивидуальных максимально переносимых дозах, пациентам II группы – АА препараты I класса с холинолитическими свойствами (дигопирамид, этацинин), а больные III группы получали комбинацию β -адреноблокатора (днем) и препарата I класса (в вечернее время).

У больных I группы эффективность β -блокаторов составила 89%, у пациентов II группы эффективность терапии препаратами I класса с ваголитическими свойствами в первые 10-14 дней составила 85%, в последующем снизилась до 59% из-за побочных влияний препаратов, потребовавших уменьшения дозы, феномена «ускользания эффекта». В III группе эффективность сочетанного применения препаратов была в пределах 60%.

Заключение. Таким образом, особенности реакций желудочковых эктопических центров на пробу с ФН, β -адренэргическую блокаду, распределение ЖА в течение суток по данным мониторирования, указывают на чувствительность центров автоматизма к влияниям АНС. Эффективность ААТ, подобранной в зависимости от преобладания того или иного отдела АНС, высока и такой дифференцированный подход к назначению АА препаратов оправдан.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА НА ПОВЕДЕНИЕ НЕКОРОНАРОГЕННОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ

Тулинцева Т.Э., Цуринова Е.А., Пармон Е.В.

ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова» Минздравсоцразвития, Санкт-Петербург, Россия.

В литературе есть сведения об однонаправленном влиянии физической нагрузки (ФН) и ментального теста Струпа (МТС) на возникновение ишемии, особенно, у пациентов с ИБС. Не исключено однонаправленное влияние физической и эмоциональной нагрузки на ЖА.

Цель: Сопоставить динамику нарушений ритма при ФН и эмоциональном стрессе у больных с ЖА.

Материал и методы: 15 пациентов (7 м., 8 ж.) средний возраст $41,7 \pm 17,4$ лет, с некоронарогенной ЖА высоких градаций: по данным ХМ ЭКГ, в среднем, 8321,6 одиночных желудочковых эктопических комплексов за сутки, с преобладанием дневного типа аритмии. У 5 пациентов (33,3%) наблюдались неустойчивые пароксизмы желудочковой тахикардии. Был проведен тредмил-тест по стандартному протоколу R. Bruse до достижения субмаксимальной ЧСС (85% и более), АД контролировали методом Короткова. МТС применялся с целью моделирования нейрофизиологических процессов, наблюдаемых при эмоциональном стрессе. ИБС была исключена с помощью стресс-ЭХО, пробы с ФН, ЭКГ-ХМ.

Результаты. Толерантность к ФН у всех исследуемых была выше средней – в среднем, 10,7 МЕТ. Во время обеих проб наблюдался ответ синусового ритма: при ФН ЧСС исходно= $85,1 \pm 16,2$ уд/мин. ЧСС max= $162,3 \pm 14,6$ уд/мин, при МТС ЧСС исходно= $68 \pm 9,7$ уд/мин, ЧСС max= $84,9 \pm 16,5$ уд/мин ($p < 0,005$). Реакция АД была нормотензивной (при ФН АД ср.= $122,3/81,2$ мм рт.ст. АД max= $157,7/88$ мм рт.ст., при МТС АД ср.= $122,8/77$ мм рт.ст., АД max= $131/78,6$ мм рт.ст.).

Поведение ЖА во время проб: ЖА прогрессировала при пробе с ФН и МТС в 21,4% и 35,7% случаев, соответственно ($p > 0,005$); не изменилась в 7,1% и 50,0%, соответственно ($p < 0,005$); уменьшилась или исчезла в 71,5% и 14,3%, соответственно ($p < 0,005$).

Таким образом, у половины группы (50%) МТС не оказывал влияния на ЖА, а в 35,7% способствовал ее выявлению, в то время как, проба с ФН наоборот, чаще вызывала уменьшение или исчезновение ЖА – 71,5%. Такую зависимость можно объяснить значимой разницей в ЧСС на высоте проб, различными механизмами регулирования во время эмоционального и физического стресса.

Выводы. Оба теста провоцировали аритмию у небольшого количества пациентов, однако, МТС способствовал большему проценту выявления ЖА, чем проба с ФН, что позволяет его рассматривать как самостоятельное исследование пациента с аритмиями. В то же время необходимо понимать, что физическая и эмоциональная нагрузки не всегда однотипно влияют на поведение аритмии, в отличие от влияния на возникновение ишемии, что подлежит дальнейшему изучению.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА НА ЖЕЛУДОЧКОВУЮ АРИТМИЮ У ПАЦИЕНТОВ С НЕКОРОНАРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Тулинцева Т.Э., Цуринова Е.А., Пармон Е.В.

ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова» Минздравсоцразвития, Санкт-Петербург, Россия.

Цель: Изучить динамику нарушений ритма при ФН и эмоциональном стрессе у больных с ЖА.

Материал и методы. Обследовано 15 пациентов средний возраст $41,7 \pm 17,4$ лет, с некоронарогенной ЖА высоких градаций. Выполнено ХМ ЭКГ, тредмил-тест по протоколу R. Bruse, ментальный тест Струпа (МТС) с целью моделирования эмоционального стресса. Для исключения патологии сердца проведено стресс-ЭХО, ЭХОКГ, МРТ сердца, ЭКГ и др.

Результаты. Толерантность к ФН у всех исследуемых была выше средней – в среднем, 10,7 МЕТ. Во время обеих проб наблюдался ответ синусового ритма: при ФН ЧСС исходно $=85,1 \pm 16,2$ уд/мин. ЧСС max $=162,3 \pm 14,6$ уд/мин, при МТС ЧСС исходно $=68 \pm 9,7$ уд/мин, ЧСС max $=84,9 \pm 16,5$ уд/мин ($p < 0,005$). Реакция АД была нормотензивной. ЖА прогрессировала при пробе с ФН и МТС в 21,4% и 35,7%, соответственно ($p > 0,005$), не изменилась в 7,1% и 50,0%, соответственно ($p < 0,005$) и уменьшилась или исчезла в 71,5% и 14,3%, соответственно ($p < 0,005$).

Выводы. Оба теста провоцировали аритмию у небольшого количества пациентов, однако, МТС способствовал большему проценту выявления ЖА, чем проба с ФН, что позволяет его рассматривать как самостоятельное исследование пациента с аритмиями. В то же время необходимо понимать, что физическая и эмоциональная нагрузка не всегда однотипно влияют на поведение аритмии, что подлежит дальнейшему изучению.

АКТИВНОСТЬ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ ПРИ АНЕВРИЗМАХ КОРНЯ АОРТЫ

Успенский В.Е.¹, Иртюга О.Б.¹, Воронкина И.В.², Моисеева О.М.¹, Гордеев М.Л.¹

Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург¹,

Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины, Санкт-Петербург².

Цель исследования. Матриксные металлопротеиназы (ММП) – протеолитические ферменты, повышение активности которых ассоциировано с формированием аневризм корня аорты (АКА). Малоизученной остается связь АКА, гистологических особенностей поражения аорты и экспрессии ММП.

Материалы и методы. С 2006 по 2009 гг. в нашем Центре были оперированы 33 пациента с АКА, сочетавшимися с аортальной недостаточностью. 19 больных перенесли протезирование корня аорты по методу David I (группа 1), 14 пациентов – по способу Bentall-DeBono (группа 2). В отдаленном периоде было прослежено 70% больных, среднее время наблюдения 18 месяцев. У 15 пациентов группы 1 и 5 группы 2 было проведено исследование содержания ММП-2 и ММП-9 в стенке аорты. Мы применяли Вестерн-блот и зимографический анализ. Полученные результаты были сопоставлены с данными исследований материала, полученного от пациентов без патологии корня аорты.

Результаты. Мы выявили значимое преобладание общей ММП-9 у пациентов с АКА и кистозным медионекрозом (КМ) и активной формы ММП-9 у пациентов с атеросклерозом по сравнению с нормальными образцами. Была выявлена корреляция между содержанием активной формы ММП-9 и диаметром фиброзного кольца аортального клапана в группе 1.

Заключение. КМ и атеросклероз аорты ассоциированы с повышением концентрации общей и активной форм ММП-9. Расширение аорты у больных с КМ ассоциировано с повышением концентрации ММП-9.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИАНЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

*Цой И.А., Абдуллаев Т.А., Марданов Б.У., Бекбулатова Р.Ш.
Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Узбекистан.*

Цель. Оценка эффективности терапии пероральными препаратами железа (Fe^{3+} -полиматозный комплекс) в комбинации с низкими дозами эритропоэтина-бета у больных ДКМП с анемией.

Материалы и методы. В исследование включено 22 больных ДКМП с анемией ($54,9 \pm 14,2$ лет, муж/жен, 10/12). Средний уровень Hb в целом по группе составил $102,58 \pm 16,36$ г/л, гематокрита – $32 \pm 4\%$. Для сравнительной оценки эффективности антианемической терапии данный контингент больных был разделен на две: I ($n=12$, $53,3 \pm 12,8$ лет), находившихся на приеме препарата железа на фоне стандартной терапии ХСН, и II группы ($n=10$, $56,2 \pm 14,5$ лет), антианемическая терапия которых была представлена комбинацией препарата железа перорального приема (Fe^{3+} -полиматозный комплекс) и эритропоэтина бета (Рекормон®) в дозе 2000 МЕ/нед. Длительность наблюдения – 1 мес. Помимо оценки клинического состояния, определялись уровень Hb, гематокрита, результаты эхокардиографии.

Результаты. По результатам исследования выявлено достоверное повышение уровня Hb в обеих группах, без значимых межгрупповых различий (до $114,3 \pm 9,3$ г/л и $117,7 \pm 11,2$ г/л соответственно в I и II группах, оба $p < 0,05$). Ср. уровень гематокрита во II группе составил $34,6 \pm 3,3$ ($p > 0,05$ по сравнению с исходными значениями). При оценке результатов ТШХ определялась более высокая ТФН в виде пройденных метров во II группе (с $189,6 \pm 30,4$ м до $260 \pm 36,4$ м, $p < 0,05$) по сравнению с I группой, составившей $235 \pm 28,4$ м. Кроме того, во II группе отмечен прирост АД до $100 \pm 12,6$ мм рт.ст. против $96 \pm 8,4$ мм рт.ст. (исходно $89,5 \pm 14,3$ и $92,3 \pm 12,7$ мм рт.ст. соответственно). По результатам ЭхоКС отмечена недостоверная положительная динамика параметров в обеих группах. Так, средние значения КДОЛЖ уменьшились на 7% и 9% (с $288,7 \pm 12,6$ мм³ до $268,5 \pm 13,8$ мм³ и с $291,6 \pm 14,2$ мм³ до $264,6 \pm 13,2$ мм³), сопровождавшиеся ожидаемым повышением ФВЛЖ на 3,2% и 4,4% соответственно у больных I и II групп.

Таким образом, по результатам нашего исследования уже через 1 мес отмечено увеличение содержания Hb на фоне применения препаратов железа и его комбинации с ЭПО. При этом, в группе комбинированной терапии данные изменения сопровождались позитивной динамикой показателей системной гемодинамики и ТФН, без нежелательного увеличения гематокрита.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ТЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Чернявский А.М., Аляпкина Е.М., Чернявский М.А., Матвеева Н.В.

ФГУ «Новосибирский НИИ патологии кровообращения им. акад. Е.Н. Мешалкина Минздравсоцразвития».

Цель: Оценка эффективности операции тромбэндартерэктомии (ТЭЭ) из легочной артерии при хронической тромбэмболической легочной гипертензии (ХТЛГ).

Материалы и методы: В НИИПК выполнено 86 операций ТЭЭ из легочной артерии при ХТЛГ. До операции II функциональный класс (ФК) сердечной недостаточности (СН) по NYHA был отмечен у 4 больных, III ФК – у 45 больных, IV ФК имели 37 пациентов. По уровню систолического давления в легочной артерии (ЛА) всех пациентов можно разделить на 3 группы. При анализе данных эхокардиографии (ЭхоКГ) в I группе среднее систолическое давление в легочной артерии (РсЛА) составило $38,8 \pm 7,4$ мм рт.ст., средняя фракция выброса правого желудочка (ФВ ПЖ) составляла $48,8 \pm 11\%$. Во II группе среднее РсЛА составило $63,6 \pm 8,6$ мм рт.ст., а ФВ ПЖ – $42,7$. В III группе РсЛА $99,3 \pm 14$ мм рт.ст. и ФВ ПЖ – $36 \pm 8,2\%$. Всем пациентам выполнена операция ТЭЭ из ветвей легочной артерии.

Результаты: По данным ЭхоКГ в I группе РсЛА снизилось до $33 \pm 5,7$ мм рт.ст., а ФВ ПЖ возросла до $53 \pm 5,8\%$. Во II группе отмечено снижение РсЛА до $38,3 \pm 9,3$ мм рт.ст. и увеличение ФВ ПЖ до $52 \pm 10,7\%$. В III группе РсЛА снизилось до 44 ± 11 мм рт.ст. и ФВ ПЖ возросла до $46 \pm 10\%$. При контрольном исследовании в целом по группам явления СН уменьшились: I ФК был у 23 человек (32,4%), II ФК – у 39 (55%), III ФК у – 9 (12,6%).

Выводы: Хирургическое лечение ХТЛГ позволяет улучшить клиническое состояние пациента, уменьшить проявления заболевания, снизить ФК СН.

СЛУЧАЙ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКОГО ПЕРИКАРДИТА У ПАЦИЕНТКИ С РАКОМ ТЕЛА МАТКИ

Чижова О.Ю., Маркитантова Ю.А., Леонова И.А., Титова И.Ю., Кочанова С.В., Решетов А.В.

Больница им. Петра Великого, Санкт-Петербург.

Среди всех причин перикардитов особое место занимают перикардиты неопластического генеза. В связи с этим представляем клинический случай.

Женщина 56 лет поступила в терапевтическое отделение с жалобами на кашель без выделения мокроты, одышку инспираторного характера, отеки нижних конечностей до середины бедер, увеличение в объеме живота. Жалобы появились и усиливались в течение 3-х месяцев до госпитализации. Также в течение месяца отмечала мажущие кровянистые выделения из половых путей, по поводу чего не обследовалась. Из анамнеза – больная страдала артериальной гипертензией II ст., хронической железодефицитной анемией легкой степени. На 2-е сутки госпитализации на основании рентгенологического исследования органов грудной клетки («тень сердца шаровидной формы»), «низковольтной» ЭКГ было высказано предположение о наличии жидкости в полости перикарда, что было подтверждено данными ЭХО КГ (расхождение листков перикарда за всеми стенками 5-6 см. Стенки правого желудочка и предсердия коллабируют. Нижняя полая вена расширена, на вдох не реагирует). Выполнена пункция перикарда – суммарно эвакуировано более 2 л. мутной серозной жидкости. В ходе обследования данных за вирусный, туберкулезный, бактериальный, аутоиммунный генез перикардита получено не было. Пациентка осмотрена гинекологом – на основании данных МРТ органов малого таза, повышения уровня онкомаркеров (CA125, CA19-9), гистологического обследования установлен диагноз – аденокарцинома тела матки. На фоне проводимого лечения состояние пациентки улучшилось – вышеописанные жалобы не беспокоили. Больная была выписана с рекомендациями обследования и лечения у онкогинеколога, контроль ЭХО КГ через 1 мес., продолжить терапию антагонистами рецепторов ангиотензина, бета-блокаторами, диуретиками.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ТАХИКАРДИЙ С ШИРОКИМИ QRS

Чмелевский М.П., Трешкур Т.В., Тихоненко В.М., Ильина Д.Ю., Буданова М.А.

ФГУ «ФЦ СКЭ им. В.А.Алмазова», Санкт-Петербург, Россия.

Дифференцирование тахикардий с широкими комплексами (ШК) QRS по поверхностной ЭКГ в 12 отведениях даже с использованием современных алгоритмов удается только в 40-50% случаев.

Цель исследования: Оптимизация дифференциальной диагностики тахикардий с ШК QRS в соответствии с алгоритмами P. Brugada и соавт. (1991) и Drew, Scheinman (1995) и A. Verecke и соавт. (2007, 2008).

Материал и методы: Обследовано 52 пациента в возрасте 45±15 лет со стабильной гемодинамикой, но субъективно плохо переносимыми сердцебиениями. У всех регистрировались неустойчивые тахикардии с ШК QRS некоронарогенной природы. У 27 больных (52%) диагноз был легко распознан с помощью современных методов дифференцирования. У 25 пациентов с нераспознанной тахикардией стандартную ЭКГ дополнили записью чреспищеводного (ЧП) отведения («Кардиотехника-04-8(М)»).

Результаты: При анализе «неуточненной» тахикардии (с позиции 3-х независимых экспертов) по алгоритмам P. Brugada и Drew, Scheinman был поставлен диагноз в 9 случаях (36%); по критериям A. Verecke – в 13 (52%). При сопоставлении записей поверхностной ЭКГ в 12 отведениях с синхронной записью ЧП отведения был выявлен зубец P (синусовый/предсердный/ретроградный), что позволило уточнить тахикардию с ШК QRS в 24 наблюдениях (96%): желудочковая тахикардия (14) и наджелудочковая тахикардия (10). 1 случай тахикардии с ШК QRS так и остался неясным.

Заключение: Использование алгоритмов для дифференциальной диагностики тахикардий с ШК QRS A. Verecke позволяет поставить более точный диагноз по сравнению с алгоритмами P. Brugada и Drew, Scheinman, однако приращение ЧП отведения ЭКГ для этих целей остается вне конкуренции.

НЕИНВАЗИВНОЕ ПОВЕРХНОСТНОЕ ВЫЧИСЛИТЕЛЬНОЕ КАРТИРОВАНИЕ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПОЛИМОРФНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКТОПИИ

Чмелевский М.П., Зубарев С.В., Лебедев Д.С., Трешкур Т.В.

ФГУ «ФЦ СКЭ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург.

Дооперационная топическая диагностика очагов полиморфных желудочковых эктопических комплексов (ПЖЭК) по ЭКГ представляет значительные трудности. Наличие ПЖЭК часто является препятствием для проведения радиочастотной катетерной абляции (РЧКА).

Цель: Определение локализации ПЖЭК с помощью нового метода неинвазивного поверхностного вычислительного картирования сердца (ПВК) в сравнении с результатами интраоперационного картирования (ИК).

Материал и методы: Пациентке 39 лет с аритмогенной дисплазией правого желудочка и ПЖЭК (по данным холтеровского мониторирования (ХМ) ЭКГ – 4 различных вида ЖЭК) топическая диагностика проведена дважды: до операции – с помощью ПВК на системе «Амикард 01С» и при РЧКА с использованием системы электроанатомического картирования Carto Merge.

Результаты: на основании ПВК всех 4 видов ЖЭК было выявлено только 2 очага ЖЭК. 1-й (доминирующий – по данным ХМ ЭКГ – 19 тыс. ЖЭК/сутки) располагался в области передней стенки ВПЖ (ЖЭК 1,3,4 вида) и 2-й (700 ЖЭК/сутки) – в заднебазальном отделе ЛЖ (ЖЭК 2 вида). При сопоставлении этих данных с результатами ИК во время РЧКА получено совпадение локализации очагов желудочковой эктопии.

Выводы: Использование ПВК сердца позволило до операции провести топическую диагностику ПЖЭК и установить истинное количество очагов. Совпадение результатов ПВК и ИК позволяет надеяться, что уже на дооперационном этапе у пациентов с ПЖЭК можно будет определиться с показаниями к РЧКА и четко обозначить план операции. Теоретическое объяснение совпадения очагов с разными видами ЖЭК на ЭКГ требует дальнейших исследований.

АССОЦИАЦИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ С МАТЕРИАЛЬНЫМ БЛАГОСОСТОЯНИЕМ В РЕПРЕЗЕНТАТИВНОЙ ВЫБОРКЕ ЖИТЕЛЕЙ Г. КАЛИНИНГРАДА

Шавшин Д.А., Ротарь О.П., Карпенко М.А., Конради А.О., Солнцев В.Н.

*МУЗ гор.поликлиника №2 Ленинградского района г. Калининграда,
ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург.*

Целью исследования является определение сочетания отдельного компонента МС – абдоминального ожирения (АО) с материальной обеспеченностью в репрезентативной выборке жителей г. Калининграда.

Материалы и методы. Исследование включало в себя анкетирование и проведение первичного обследования, лабораторные, антропометрические, гемодинамические данные. Согласие принять участие в исследовании дали 312 жителей г. Калининграда в возрасте от 25 до 75 лет случайной выборкой обоих полов в одинаковом соотношении. На данный момент полностью проанализированы все данные респондентов – 151 мужчины и 161 женщины. Отказались от ответа на этот вопрос 16 мужчин (средний возраст 39,2 лет) и 13 женщин (средний возраст 41,07 год).

Анкета также включала разделы, касающиеся и материального достатка исследуемых, который рассчитывался исходя из дохода на одного члена семьи. Наличие АО оценивалось по 2 критериям: окружность талии (ОТ) >94 см для мужчин / >80 см для женщин (по критериям IDF2005) и >102 см / >88 см соответственно (по критериям NCEP-ATPII2005, АНА/NHLBI2006, российские критерии). Данные показывают, что ОТ >94 см выявлен у 100 (66,2%) мужчин (средний возраст 52,0 г), более 102 см – у 57 (37,7%) (средний возраст 53,3г), ОТ более 80 см у 123 (76,4%) женщин (средний возраст 53,5 г), более 88 см – у 92 (57,1%) (средний возраст 54,4г). Данные относительно дохода на одного члена семьи представлены в таблице.

Доход на одного члена семьи, в рублях	Количество мужчин/женщин (средний возраст, лет)	Кол-во с талией >94/>80, (м/ж), см	Кол-во с талией >102/>88, (м/ж), см	Средние значения объема талии в см, м/ж
Менее 5тыс	12(56,0)/18(53,4)	6/15	2/10	94,41/93,30
5-10 тыс	55(55,1)/75(54,72)	38/59	22/47	99,85/93,20
10-20тыс	58(45,75)/48(45,75)	39/36	22/24	99,87/89,10
Более 20тыс	10(38,8)/10(40,0)	7/5	3/4	98,9/84,60

Наибольший процент распространения АО выявлен у мужчин с доходом на члена семьи >5 тысяч рублей, в то время как у женщин – при доходе <5–10 тысяч рублей. Женщины, уровень дохода которых позволяет вести им более активный образ жизни, питаться здоровой пищей, имеют более низкие показатели ОТ, чем женщины с низким уровнем дохода (акцент на более дешевую пищу быстрого приготовления, минимум ФН). Увеличение уровня дохода мужчин связано с проведением большого количества времени на работе, как результат – низкая физическая активность, нерегулярное питание и высокие показатели ОТ.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КУРЕНИЯ И УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ СРЕДИ РЕСПОНДЕНТОВ РЕПРЕЗЕНТАТИВНОЙ ВЫБОРКИ Г. КАЛИНИНГРАДА

Шавшин Д.А., Ротарь О.П., Карпенко М.А., Конради А.О., Солнцев В.Н.

*МУЗ гор.поликлиника №2 Ленинградского района г. Калининграда,
ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург.*

Целью исследования является определение распространенности отдельных факторов риска ССЗ и их различных сочетаний с компонентами МС в г. Калининграде. Курение и употребление алкоголя не являются компонентами МС, но являются факторами риска развития ССЗ. Следовательно, они должны рассматриваться как важные отягощающие факторы МС.

Участие в исследовании приняли 312 жителей г. Калининграда, полученные путем случайной выборки в возрасте от 25 до 75 лет обоих полов в одинаковом соотношении. Всем проведено анкетирование, собраны антропометрические, гемодинамические, лабораторные данные, ЭКГ. Полностью проанализированы данные по всем респондентам – 151 мужчине и 161 женщине.

Оценка распространения отдельных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди населения Калининграда, опираясь на результаты этой выборки, показала: 27,2% из них 32 женщины (19,8% от общего количества женщин) и 53 мужчины (35% от общего количества мужчин) курят постоянно. Средний возраст курильщиков 45,6 л. у мужчин и 42,7г у женщин. Те респонденты, которые курили, но бросили – 78 (25%) человек, из них – 60 (39,7%) мужчин (средний возраст – 52,5 г) и 18 (11,1%) женщин (средний возраст – 37,6 л.) – увеличивают процент распространения курения до 52,2% (163 чел).

Употребление алкоголя каждую неделю и чаще выявлено у 67 (21,4%) человек из них 50 (33%) мужчин и 17 (10,5%) женщин, средний возраст соответственно 42,9 г. и 43,5 г. Если учитывать респондентов, которые употребляют алкоголь несколько раз в месяц, то это 82 (26,2%) человека, из них 51 (33,7%) мужчина и 31 (19,2%) женщина.

При этом сочетание курения с АД выше 140/90 мм рт.ст. (как компонента МС) выявлено у 58 мужчин (80,5% от всех мужчин с артериальной гипертензией (АГ) против 14 некурящих) и 16 женщин (20,0% от всех женщин с АГ против 64 некурящих). Регулярный прием алкоголя и АГ выявлено у 25 мужчин (34,7% от всех мужчин с АГ против 47 непьющих) и 6 женщин (7,5% от всех женщин с АГ против 74 непьющих). Или же сочетание с АО (ОТ>94/80 см у мужчин/женщин) – 76 (76,0% от всех с АО) курящих мужчин и 33(26,8% от всех с АО) курящих женщин против соответственно 24 (24,0%) и 90 (73,2%) не курящих. АО и прием алкоголя выявлено у 34 (34,0%) мужчин и 11 (8,9%) женщин против соответственно 66 (66,0%) и 112 (91,1%) непьющих.

Наличие курения выявлено у половины всех респондентов, причем мужчин вдвое больше женщин. Частое употребление алкоголя обнаружено у четверти обследуемых. Курящих мужчин с АГ в 4 раза больше некурящих, женщин – в 4 раза меньше. Курящих мужчин с АО в 3 раза больше некурящих, женщин – в 3 раза меньше. Выпивающих мужчин и женщин с АО или АГ меньше невыпивающих респондентов.

ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ ПРИ КАРДИОМИОПАТИЯХ И ДРУГИХ НЕКОРОНАРОГЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ МИОКАРДА: СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА

Шапошник И.И., Богданов Д.В., Гладышева Е.П.

Челябинская государственная медицинская академия.

Цель: Выделение предикторов внезапной смерти (ВС) и их ранжирование при кардиомиопатиях (КМП) и других некоронарогенных поражениях миокарда; установление эффективности мер профилактики ВС.

Материал и методы: Проведено динамическое наблюдение за 280 больными КМП в течение 11,2±6,7 лет. Гипертрофическая КМП (ГКМП) установлена у 152 больных, дилатационная (ДКМП) – у 112, правожелудочковая (ПКМП) – у 16. За время наблюдения ВС наступила у 38 (13,6%) пациентов. На основании собственного материала

и данных литературы установлено, что предикторами ВС при ГКМП являются: молодой возраст, семейная и obstructивная формы заболевания, ВС и синкопальные состояния в анамнезе; при ДКМП – устойчивая фибрилляция желудочков (ФЖ), обмороки, снижение фракции выброса; при ПКМП – дилатация правого желудочка, последующее вовлечение в процесс левого желудочка, устойчивая желудочковая тахикардия и ФЖ в анамнезе. Меры профилактики ВС: при ГКМП – имплантация кардиовертера-дефибриллятора (ИКД). Применение амиодарона, β -блокаторов, верапамила улучшает симптоматику, но не влияет на частоту ВС. Профилактика ВС при ДКМП – ингибиторы АПФ, β -блокаторы, ИКД, блокаторы альдостерона; при ПКМП – только ИКД; антиаритмическая терапия и абляция ПЖ неэффективны. Аналогичным образом в докладе приведены данные о стратификации риска и профилактике ВС при синдроме удлиненного QT (наблюдение за 79 пациентами в четырех поколениях), синдроме Бругада, полиморфной катехоламинэргической ЖТ, пролапсе митрального клапана, синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта, аортальном стенозе, миокардиальных мостиках, нарушениях проводимости.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ПРИ ТЕРАПИИ НЕКОРОНАРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МИОКАРДА

*Шевченко И.А., Кутузова А.Э., Вершинин А.С.
ФГУ ФЦ СКЭ им. В.В.Алмазова.*

В последние годы отмечается увеличение заболеваемости некоронарогенными заболеваниями миокарда. Среди них встречаются заболевания миокарда (миокардит, миокардиосклероз), ревматические поражения мышцы и клапанного аппарата сердца, первичные и вторичные кардиомиопатии, соединительнотканые дисплазии.

Клиническая картина при этих заболеваниях весьма разнообразна, но у большинства больных при выраженных формах развивается картина хронической сердечной недостаточности. Терапия больных некоронарогенными заболеваниями миокарда крайне разнообразная, но основное внимание необходимо уделять лечению проявлений сердечной недостаточности.

В связи с этим применение методов лечебной физической культуры при сердечной недостаточности преследует цель облегчить работу сердца путем проведения тренировки вспомогательных (экстракардиальных) факторов, обуславливающих гемодинамику. Улучшая функции вспомогательных механизмов кровообращения: ритмические сокращения и расслабления мышечных групп, движения в суставах, внешнее дыхание и другие физические упражнения оказывают щадящее воздействие на миокард, снижая явления сердечной недостаточности.

В клинике ФГУ ФЦ СКЭ им. В.В.Алмазова физические тренировки проводятся в соответствии с классом тяжести сердечной недостаточности, определяемым по результатам теста с 6-минутной ходьбой. (А.Э.Кутузова, 2007 г.).

Весьма положительные результаты лечения получают при мультидисциплинарном, комплексном реабилитационном методе лечения больных с хронической сердечной недостаточностью. Полученные результаты лечения больных с некоронарогенными заболеваниями сердца свидетельствуют о необходимости более широкого использования метода лечебной физической культуры в комплексной терапии больных с некоронарогенными заболеваниями сердца.

МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПЕСЧАНОК МОНГОЛЬСКИХ (MERIONES UNGUICULATUS)

*Щербак Н.С., Овчинников Д.А., Кузьменков А.Н., Баранцевич Е.Р., Томсон В.В., Шляхто Е.В.
ФЦСКЭ им. В. В. Алмазова,
СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова,
Санкт-Петербург, Россия.*

Щелочная фосфатаза – барьерно-транспортный фермент, который присутствует в эндотелии капилляров головного мозга, и является маркером проницаемости сосудистой стенки.

Цель – изучить морфометрические особенности капилляров в слоях коры головного мозга интактных песчанок монгольских (*Meriones unguiculatus*).

Животных (n=8) наркотизировали хлоралгидратом (450 мг/кг, в/б), извлекали мозг из полости черепа и нарезали на сегменты, затем ступенчато замораживали через изооктан в жидком азоте. С помощью криостата (при -200С) готовили срезы толщиной 10 мкм во фронтальной плоскости, соответствующие стереотаксическому атласу (bregma 1.5–1.7 mm). Активность фермента щелочной фосфатазы (ЩФ) выявляли стандартным гистоэнзимологическим методом. Количество капилляров в 3-х слоях коры головного мозга, по активности ЩФ в эндотелии, определяли на единицу объема ткани с помощью сетки по методу Вайбеля.

Объемное распределение капилляров в трех слоях фронтальной области коры головного мозга песчанки монгольской было неоднородным. Так, значимо наименьший объем был зарегистрирован в V слое коры – внутреннем

пирамидальном $5,8 \pm 2,1\%$ ($P < 0,05$), в слое II – наружном зернистом и слое III – наружных пирамидальных нейронов объем капиллярного русла составил $12,7 \pm 4,6\%$ и $10,5 \pm 3,9\%$, соответственно.

Таким образом, в исследовании впервые получены результаты об объемном распределении капилляров в различных слоях коры головного мозга песчанки, которые могут быть использованы при решении экспериментальных задач по изучению метаболической характеристики и морфологических изменений при некоторых патологических процессах.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ХАРАКТЕРИСТИКА СЕВЕРЯН, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Яковчук Е.Д., Пенина Г.О.

*МБУЗ «Сыктывкарская городская поликлиника № 3»,
Коми филиал ГОУ ВПО «Кировская ГМА Росздрава»,
г. Сыктывкар.*

Цель. Изучение характеристик пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и хронической ишемией головного мозга (ХИМ) в Республике Коми.

Методы исследования. В неврологическом отделении ГУ РК «Коми республиканская больница» (КРБ) было проведено углубленное обследование 125 пациентов с ХИМ и АГ.

Результаты. Средний возраст пациентов составил $64,1 \pm 2,1$ лет. Распределение по степени ХИМ в обследуемой группе: ХИМ 1 степени в КБ – 8,8%, ХИМ 2 степени в КБ – 64%, ХИМ 3 степени в КБ – 8,8%, ХИМ 1 степени в ВББ – 2,6%, ХИМ 2 степени в ВББ – 6,4%, ХИМ 3 степени в ВББ – 9,4%. Распределение по АГ в обследуемой группе: АГ 1 стадии – 7,7%, АГ 2 стадии – 60%, АГ 3 стадии – 32,3%. При этом распределение в группе моложе 60 лет по АГ следующее: АГ 1 стадии – 12,7%, АГ 2 стадии – 47,3%, АГ 3 стадии – 40%, тогда как в группе старше 60 лет распределение иное: АГ 1 стадии – 4,3%, АГ 2 стадии – 34,3%, АГ 3 стадии – 61,4%. Интересным является распределение по гендерным характеристикам. Среди лиц женского пола: АГ 1 стадии – 6,5%, АГ 2 стадии – 65%, АГ 3 стадии – 28,5%. Среди мужчин: АГ 1 стадии – 20%, АГ 2 стадии – 38,2%, АГ 3 стадии – 41,8%.

Выводы. Отмечается значимое преобладание пациентов с ХИМ 2 степени. Превалировали пациенты с АГ 2 стадии. При этом в группе моложе 60 лет преобладала АГ 2 стадии, тогда как в группе старше 60 лет – АГ 3 стадии. В группе женщин доминировала артериальная гипертензия 2 стадии, а в группе мужчин – артериальная гипертензия 3 стадии.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ У СЕВЕРЯН С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Яковчук Е. Д., Пенина Г.О., Рабинович Н.Д.

*МБУЗ «Сыктывкарская городская поликлиника № 3»,
Коми филиал ГОУ ВПО «Кировская ГМА Росздрава»,
ГУ РК «Коми Республиканская больница»,
г. Сыктывкар.*

Цель работы: изучение показателей ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и хронической ишемией головного мозга (ХИМ) в Республике Коми (РК).

Методы исследования: Обследовано 20 пациентов с ХИМ.

Результаты: Средний возраст пациентов – $62,2 \pm 8,5$ лет (медиана, 25 и 75 процентиля составляют 60(49;78)). Возраст женщин, имеющих численное преимущество (65%), был несколько выше – 69(49,78), а возраст мужчин – 57(51,72). Пациенты распределились следующим образом: ХИМ 1 в КБ – 5%, ХИМ 2 в КБ – 75%, ХИМ 3 в КБ – 0%, ХИМ 1 в ВББ – 10%, ХИМ 2 в ВББ – 10%, ХИМ 3 в ВББ – 0%. Распределение по стадиям АГ: АГ 1 стадии – 0%, АГ 2 стадии – 65%, АГ 3 стадии – 35%. Изменения при УЗДГ выявлены у всех пациентов, при этом среди пациентов с АГ 2 и 3 стадии несколько чаще выявлялся нестенозирующий атеросклероз – 30%, среди пациентов с АГ 1 стадии в 25% случаев. Стенозирующий атеросклероз встречался в 5% случаев как в группе с АГ 1 стадии, так и в группе с АГ 2 и 3 стадии. Комплекс интима-медиа общей сонной артерии около $1,2(0,8;1,8)$. Гипертоническая макроангиопатия выявлялась в 25% случаев. Признаки гемодинамически незначимого стеноза встречались у 15% пациентов с АГ 2 и 3 стадии, у 10% пациентов с АГ 1 стадии. Гемодинамически значимый стеноз выявлялся у 25% пациентов, причем

это пациенты с АГ 2 и 3 стадии.

Выводы. Признаки стенозирующего, нестенозирующего атеросклероза чаще выявлялись у пациентов с АГ 2 и 3 стадии.

ВОЗРАСТНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У СЕВЕРЯН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Яковчук Е.Д.

МБУЗ «Сыктывкарская городская поликлиника № 3».

Цель. Изучение клинических и диагностических особенностей у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и хронической ишемией головного мозга (ХИМ) в Республике Коми.

Методы исследования. Нами было проведено обследование 118 пациентов с артериальной в ГУ РК «Коми республиканская больница» и ГУ «Республиканский госпиталь ветеранов войн и участников боевых действий». Пациенты были разделены на две группы: до 60 лет и после 60 лет.

Результаты. Средний возраст пациентов составил $64,1 \pm 11,1$ лет. Распределение по стадиям АГ в группе моложе 60 лет: АГ 1 стадии – 12,5%, АГ 2 стадии – 47,3%, АГ 3 стадии – 40%. В группе старше 60 лет распределение по стадиям АГ следующее: АГ 1 стадии – 4,3%, АГ 2 стадии – 34,3%, АГ 3 стадии – 61,4%. По степени ХИМ распределение составило: ХИМ 1 – 17,02%, ХИМ 2 – 70,21%, ХИМ 3 – 12,77%. Сравнительная характеристика жалоб в группах больных до и после 60 лет показывает, что частота жалоб на периодические головные боли (80,7%), несистемное головокружение (76,9%), тревогу (51,9%), шум в голове (46,1%), снижение памяти (76,9%), нарушение сна (78,8%), скованность в конечностях (23,1%), выше у пациентов пожилого возраста, а эмоциональная лабильность (56,6%), шум в ушах (44,2%), нарушения сна (67%) чаще встречались у пациентов до 60 лет, ($p \leq 0,05$).

Выводы. У пациентов старше 60 лет значительно чаще встречались жалобы на головные боли, головокружение, шум в голове, тревогу, снижение памяти, нарушения сна, возможно, вследствие часто встречающейся АГ 3 стадии, а также признаков атеросклероза.

КОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА В СЕВЕРНЫХ ТЕРРИТОРИЯХ

Яковчук Е.Д., Пенина Г.О.

*МБУЗ «Сыктывкарская городская поликлиника № 3»,
Коми филиал ГОУ ВПО «Кировская ГМА Росздрава»,
г. Сыктывкар.*

Цель. Изучение когнитивных показателей у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и хронической ишемией головного мозга (ХИМ) в Республике Коми.

Методы исследования. Нами было проведено обследование 118 пациентов с ХИМ в ГУ РК «Коми республиканская больница».

Результаты. Средний возраст пациентов составил $64,1 \pm 11,1$ лет. По степени хронической ишемии мозга обследованные пациенты распределились следующим образом: ХИМ 1 – 17,02%, ХИМ 2 – 70,21%, ХИМ 3 – 12,77%. По стадиям АГ: АГ 1 стадии – 12,7%, АГ 2 стадии – 47,3%, АГ 3 стадии – 40%. По методике MMSE в 15,4% случаев выявлена тяжелая деменция, умеренная деменция – в 2,2%, легкая деменция – в 9,9%, преддементные когнитивные нарушения у 29,6%, у остальных дементных нарушений не выявлено. У пациентов, в среднем, выявлено снижение показателей – $23,4 \pm 8,7$ балла. При оценке кратковременной памяти по Лурия выявлено снижение ее уровня на первой минуте до $3,9 \pm 2,1$ слов, на пятой минуте – $3,1 \pm 1,1$ слов (при норме 6–7 слов). Оценка когнитивных функций по методике Шульте выявила вначале постепенное снижение времени воспроизведения, но затем показатели возрастают.

Выводы. В изучаемой группе преобладают пациенты с АГ 2 стадии и ХИМ 2 степени в КВБ. У большей части обследуемых выявлено снижение кратковременной памяти, у трети – преддементные когнитивные нарушения.

ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ДИЛАТАЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИБС БЕЗ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Ярославская Е.И., Кузнецов В.А., Горбатенко Е.А.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр».

Цель: Выявить факторы, связанные с дилатацией ЛЖ у больных ИБС без перенесенного инфаркта миокарда.

Материалы и методы: Из «Регистра проведенных операций коронарной ангиографии» © были отобраны 2443 пациента с ИБС (при наличии гемодинамически значимых стенозов – более 50% просвета артерии). В исследование не включали больных с острым или анамнестическим инфарктом миокарда. Были выделены группы: 50 пациентов с конечно-диастолическим диаметром ЛЖ 60 мм и более и 1992 пациента с ЛЖ менее 55 мм.

Результаты: У больных с дилатацией ЛЖ чаще встречался III класс сердечной недостаточности по NYHA (32,7 против 9,9%), нарушения сердечного ритма (69,2 против 21,9%, оба $p < 0,001$), больше были размер левого предсердия ($49,1 \pm 5,3$ против $41,3 \pm 5,1$ мм), правого желудочка ($29,9 \pm 4,9$ против $24,9 \pm 2,5$ мм), объём правого предсердия ($76,4 \pm 23,1$ против $58,2 \pm 8,2$ мл), ниже фракция выброса ЛЖ ($41,9 \pm 10,3$ против $60,7 \pm 4,9\%$, все $p < 0,001$); чаще встречалась митральная регургитация (26,5 против 11,0%, $p = 0,001$ и 84,7 против 39,9%, $p < 0,001$, соответственно). Из показателей коронароангиографии группы достоверно различались только по диагональной ветви: её значимые стенозы встречались чаще у пациентов без дилатации ЛЖ (15,8 против 2,0%, $p = 0,007$). По результатам дискриминантного анализа достоверно значимый вклад в различия между изучаемыми группами внесли фракция выброса ЛЖ, митральная регургитация, размеры правого желудочка и правого предсердия (стандартизованные коэффициенты канонической дискриминантной функции составили – 0,683; 0,357; 0,295 и 0,203, соответственно). Отрицательная предсказывающая точность модели – 99,1%, положительная – 65,3%.

Заключение: Факторами, ассоциированными с дилатацией ЛЖ у больных ИБС без перенесенного инфаркта миокарда, являются снижение фракции выброса ЛЖ, наличие митральной регургитации, дилатация правых отделов сердца.

Именной указатель

А

Абдуллаев Т.А.	3, 4, 5, 7, 32, 49
Абугов С.А.	13, 38
Аверкина И.И.	4
Алексеева Г.В.	5
Аллаберганов О.Х.	5
Аляпкина Е.М.	49
Андрейчук К.А.	6, 7, 11
Анохин С.Б.	43
Антонова И.В.	23, 37
Ахматов Я.Р.	3, 7

Б

Бабанова А.-Я.Г.	11
Баженова Е.А.	8
Баранов В.В.	8
Баранова Е.И.	8, 12
Баранцевич Е.П.	9, 10
Баранцевич Е.Р.	53
Баранцевич Н.Е.	9, 10
Барбухатти К.О.	10
Барсуков А.В.	11
Барт В.А.	16, 43
Басек И.В.	6
Басек И.В.	11
Бекбулатова Р.Ш.	49
Белаш С.А.	10
Беляева Е.Л.	18, 34
Беляева О.Д.	8, 12
Березина А.В.	8, 12, 33
Беркович А.В.	12
Беркович О.А.	8, 12
Бещук О.В.	37
Бирючкова Ю.В.	38
Благова О.В.	13, 14, 38
Богданов Д.В.	14, 15, 52
Болдырев С.Ю.	10
Буданова М.А.	50

В

Валик О.В.	15, 16
Ван Е.Ю.	22
Вершинин А.С.	53
Виноградова О.И.	34
Воробьева А.В.	16
Воронина Т.С.	22,23

Воронкина И.В.	27, 48
Выдрина Н.Д.	17, 18
Вютрих Е.В.	18,34

Г

Гагарина Н.В.	13,14
Гайдукова И.З.	19
Гладышева Е.П.	52
Глуховской Д.В.	11
Гончарова Н.С.	19
Горбатенко Е.А.	56
Гордеев М.Л.	21, 39, 48
Гордеева М.В.	20, 23
Горленко Л.В.	28
Грачёва П.В.	21
Грищенко А.А.	17
Грохотова В. В.	20
Гудкова А.Я.	5, 37, 42
Гурщенков А.В.	21

Д

Дарвиш Д.М.	4
Демихова Н.В.	21
Денисова Д.В.	45, 46
Дземешкевич А.С.	22, 23
Дземешкевич С.Л.	13, 14, 22, 23
Дикарев К.В.	23
Донников А.Е.	13, 38
Дорофейков В.В	16
Дубова Е.В.	40
Дубровская О.Б.	25, 36

Е

Еремина Е.В.	9
Ерина А.М.	24
Есипович И.Д	16

Ж

Желнинова Т.А.	36
----------------	----

З

Зайденов В.А.	13, 38
Захарченко С.П.	17, 18
Зверев Д.А.	16
Земцовский Э.В.	18, 35, 36, 39, 40
Зобнина М.П.	11

Зубарев С.В. 51

И

Иваненко В.В. 25, 26, 43

Иванов С.Г. 27

Иванова Т.Г. 8

Ивасенко И.Н. 5

Игнатъева Е.С. 41

Ильина Д.Ю. 50

Иртюга О.Б. 27, 29, 48

К

Казымлы А.В. 19

Кальной П.С. 4

Каплюк А.А. 28

Карась А.С. 28

Карелкина Е.В. 29

Карнаух Н.В. 17

Каронова Т.Л. 8

Карпенко М.А. 51, 52

Карузин С.В. 30

Качнов В.А. 30

Кашапова Т.А. 31

Кедров А.С. 16

Киселева Т.П. 45

Киталаева К.Т. 43

Ковалев И.А. 28

Коган Е.А. 13, 14, 38

Козленок А.В. 8, 33

Колесова Е.П. 26

Колобова Е.Н. 9

Кольцов А.В. 30

Кононенко И.А. 31

Конради А.О. 24, 25, 26, 43, 51, 52

Коростовцева Л.С. 43

Кочанова С.В. 50

Кравец А.Ф. 42

Краснова О.А. 27

Крутиков А.Н. 42

Кузнецов В.А. 56

Кузьменков А.Н. 53

Кулешова Э.В. 16

Куприянова А.Г. 13, 38

Курбанов Н.А. 32

Кутузова А.Э. 53

Л

Лаврешин А.В. 39

Ларионова В.И. 27

Лебедев Д.С. 20, 40, 41, 51

Лебедева В.К. 41

Лелявина Т.А. 33

Леонова И.А. 50

Лиферов Р.А. 44

Лобанов М.Ю. 18

Лозовая Т.А. 8

Лубкина М.О. 9, 10

Лунева Е.Б. 34, 36

Лыскина Г.А. 34

Лямина Н.П. 35

М

Майская М.Ю. 23

Малев Э.Г. 25, 35, 36, 39

Маликова М.С. 22, 23

Марданов Б.У. 3, 4, 5, 32, 49

Маркин М.А. 42

Маркитантова Ю.А. 50

Мартусевич А.К. 36

Матвеева Н.В. 49

Машек О.Н. 16

Мелиоранская Е.И. 37, 42

Мершина Е.А. 14

Милованова Е.В. 31

Мирзарахимова С.Т. 4

Митрофанов Н.А. 41

Митрофанова Л.Б. 20, 23, 37, 39, 41

Моисеева О.М. 19, 27, 29, 48

Морозова Н.С. 13

Морошкин В.С. 29

Н

Нагаева Г.А. 3, 7

Наймушин А.В. 19, 21

Недоступ А.В. 13, 14, 38

Нестеров Ю. И. 42

Нифонтов С.Е. 8

О

Обрезан А.Г. 28

Овечкина М.А. 47

Овчинников Д.А. 53

Оршанская В.С. 37

Осадчий А.М. 39

П

Павлова О.В. 9, 10

Панкова И.А. 39

Пармон Е.В.	40, 47, 48
Парфенова Н.Н.	40
Паскарь Н.А.	30
Пахомов А.В.	20, 39, 41
Паценко М.Б.	44
Пенина Г.О.	54, 55
Перевозникова М.В.	36
Пилипенко В.Г.	42
Платонов П.Г.	20
Полтавцева О. В.	42
Полякова А.А.	37, 42
Порханов В.А.	10
Постнов А.А.	6
Пшепий А.Р.	35
Пыко С.А.	37
Р	
Рабинович Н.Д.	54
Раскин В.В.	22, 23
Ребров А.П.	19
Редька Л.М.	10
Реева С.В.	35, 39, 43
Решетов А.В.	50
Ризун Л.И.	22, 23
Ромашенко О.В.	18
Ротарь О.П.	24, 25, 26, 43, 51, 52
Рудаков М.М.	36
Руденко Т.Н.	21
Рыбкова Н.С.	9
Рыжков А.В.	41

С	
Савелло В.Е.	6, 7, 11
Сакович В.А.	15, 16
Свёклина Т.С.	11
Седов В.П.	13, 14
Семернин Е.Н.	37, 42
Сенчихин В.Н.	35
Симоненко В.Б.	44
Симонова Ж.Г.	36
Синицын В.Е.	14
Ситникова М.Ю.	27, 33
Скопец А.А.	10
Смагина Л.В.	27
Собчишин Н.П.	42
Сокальская Е.А.	25
Соколова А.Ю.	45
Солнцев В.Н.	24, 43, 51, 52
Стрельцова А.А.	37

Суханов А.В.	45, 46
Сухова И.В.	21, 39
Сычёв Д.А.	18
Т	
Титова И.Ю.	50
Тихоненко В.М.	50
Томсон В.В.	53
Третьяков А.Ю.	17, 18
Трешкур Т.В.	40, 47, 50, 51
Трофимов А.В.	15
Трофимцова Е.П.	42
Тулинцева Т.Э.	47, 48
Тыренко В.В.	30

У	
Улитин А.О.	31
Урванцева И.А.	31
Успенский В.Е.	27, 39, 48

Ф	
Филиппов Г.П.	28
Фисун А.Я.	44
Фролова Ю.В.	13, 14, 22, 23

Х	
Халецкая Л.Ч.	36
Хасанова С.И.	40

Ц	
Цобкалло Е.С.	4
Цой И.А.	3, 49
Цой Н.В.	27
Цуринова Е.А.	47, 48

Ч	
Чернявская М.О.	15
Чернявский А.М.	49
Чернявский М.А.	49
Чижова О.Ю.	50
Чмелевский М.П.	50, 51
Чубенко Е.А.	12
Чуркина И.В.	9

Ш	
Шавшин Д.А.	51, 52
Шапошник И.И.	52
Шевченко И.А.	53
Шиленок В.Н.	17, 18

Ширинская О.Г.	34
Шихалиев Д.Р.	37
Шляхто Е.В.	8, 26, 27, 37, 53

Щ

Шубик Ю.В.	20
Щербак Н.С.	53
Щур Ю.В.	44

Я

Яковчук Е.Д.	54, 55
Якуба И.И.	10
Ярославская Е.И.	56