

ПРИМЕНЕНИЕ МОНООКСИДА АЗОТ-СОДЕРЖАЩЕГО ГАЗОВОГО ПОТОКА В САНАЦИИ ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ**ПРИ ИХ ЧРЕЗКОЖНОМ ДРЕНИРОВАНИИ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ НАВЕДЕНИЕМ**

И. В. СУЗДАЛЬЦЕВ, А. Г. БОЃДАРЕНКО, В. Н. ДЕМЬЯНОВА, П. Н. МОЙСЕВ, Х. М. БАЙЧОРОВ, Ю. Ю. ПЫХТИН, С. И. КУБАНОВ, С. А. ПУСТИЙ, В. В. КОРОЛЕВ

Ключевые слова: внутрибрюшные абсцессы, миниинвазивные технологии, монооксид азота

APPLICATION OF NITROGEN-CONTAINING GAS STREAM MONOXIDE IN SANITATION OF INTRAABDOMINAL ABSCESSSES AT THEIR TRANSCUTANEOUS DRAINAGE UNDER ULTRASONIC TARGETING

SUZDALTSEV I. V., BONDARENKO A. G., DEMIANOVA V. N., MOISEV P. N., BAICHOROV H. M., PYKHITIN YU. YU., KUBANOV S. I., PUSTIY S. A., KOROLEV V. V.

Key words: intraabdominal abscesses, miniinvasive technologies, nitrogen monoxide

© М. В. Новикова, 2013

УДК 616.12-008.318:616-007.17-018.2

DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2013.08051>

ISSN – 2073-8137

АРИТМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

М. В. Новикова

Ставропольский государственный медицинский университет
Краевой клинический кардиологический диспансер, Ставрополь

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) на уровне сердечно-сосудистой системы манифестирует в том числе аритмическим синдромом. Клиническое значение аритмий при ДСТ различно: от доброкачественного до потенциально жизнеугрожающего характера [2]. Вполне очевидна необходимость своевременного выделения больных с повышенным риском возникновения клинически значимых аритмий [1, 4]. Существует мнение, что структурно-функциональное ремоделирование сердца при системной ДСТ является интегральным электрогенетическим субстратом формирования нарушений сердечного ритма и проводимости [3].

Целью исследования явилось установление роли и особенностей ремоделирования миокарда в развитии прогностически неблагоприятных аритмий у пациентов с ДСТ.

Материал и методы. Под наблюдением находились 116 пациентов (средний возраст 22,2±4,5 лет) с клиническими признаками ДСТ, которые были разделены на 2 группы. Первую группу сформировали 106 больных (61 мужчина, 45 женщин) с прогностически значимыми аритмиями (пароксизмальная наджелудочковая тахикардия, в том числе синдром предвозбуж-

дения желудочков, пароксизмальная фибрилляция предсердий, пароксизмальная желудочковая тахикардия, частая одиночная, парная и групповая желудочковая экстрасистолия, пароксизмальная желудочковая тахикардия, СА- и АВ-блокады), вторую группу – 10 пациентов (4 мужчины и 6 женщин) с клинически незначимыми аритмиями (синусовая аритмия, синусовые тахикардия и брадикардия, миграция водителя ритма по предсердиям, наджелудочковая экстрасистолия, редкая одиночная желудочковая экстрасистолия). Контрольную группу составили 15 здоровых людей без признаков ДСТ, сопоставимых по полу и возрасту. Для оценки состояния ремоделирования сердца использовали эхокардиографические параметры. Всеми обследуемыми было подписано информированное добровольное согласие на участие в исследовании. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы «Biostat». Количественные показатели представлены как среднее значение и стандартное отклонение. Применяли t-критерий Стьюдента, Ньюмена – Кейлса, коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. У 81,9 % пациентов с ДСТ было верифицировано сочетание пролапса митрального клапана (ПМК) и аномально расположенных хорд (АРХ). Реже выявлялись комбинации ПМК и АРХ с открытым овальным окном (3,4 %), пролапсом трикуспи-

Новикова Марина Викторовна, соискатель кафедры госпитальной терапии Ставропольского государственного медицинского университета; врач-аритмолог Краевого клинического кардиологического диспансера г. Ставрополя; тел.: 89624460185; e-mail: mn17111967@mail.ru

дального клапана (4,3 %), двустворчатым аортальным клапаном (0,9 %), с аневризмой межпредсердной перегородки и двустворчатым аортальным клапаном (5,2 %). Изолированные ПМК и АРХ регистрировались в 1,7 и 2,6 % случаях соответственно. Степень пролабирования клапанов и трансклапанной регургитации не превышала вторую. У пациентов с ДСТ достоверно выше, чем в контроле, оказались размер левого предсердия (ЛП) ($3,3 \pm 0,3$ и $3,1 \pm 0,2$ см, $p < 0,05$), конечный систолический размер (КСР) левого желудочка (ЛЖ) ($3,1 \pm 0,3$ и $2,7 \pm 0,1$ см, $p < 0,05$), толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) ($8,4 \pm 0,9$ и $7,4 \pm 0,3$ мм, $p < 0,05$), скорости трансмитрального ($91,5 \pm 11,2$ и $80,3 \pm 10,1$ см/с, $p < 0,05$) и трансаортального ($126,3 \pm 19,7$ и $108,5 \pm 30,4$ см/с, $p < 0,05$) кровотоков и ниже – фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) ($65,8 \pm 3,2$ и $68,4 \pm 2,1$ %, $p < 0,05$). Увеличенный КСР при относительном уменьшении ФВ ЛЖ свидетельствует о гиперфункции миокарда левого желудочка и его объёмной перегрузке, обусловленной регургитацией. Морфологическим отражением данных процессов, очевидно, является увеличение показателей ЛП и ТЗСЛЖ.

Группы больных ДСТ с различными по клинической и прогностической значимости аритмиями были сопоставимы по характеру малых аномалий сердца. Сравнительная оценка количественных показателей эхокардиографии позволила установить, что при ДСТ вне зависимости от значимости аритмического синдрома отмечалось увеличение КСР ($3,1 \pm 0,3$ и $3,1 \pm 0,3$ см соответственно для 1-й и 2-й групп

пациентов), ТЗСЛЖ ($8,4 \pm 0,9$ и $8,4 \pm 0,9$ мм), скорости трансмитрального кровотока ($91,3 \pm 11,4$ и $94,0 \pm 8,3$ см/с) и уменьшение ФВ ЛЖ ($65,8 \pm 3,3$ и $65,0 \pm 2,2$ %). Вместе с тем увеличенные показатели размера ЛП в диастолу ($3,3 \pm 0,3$ и $3,2 \pm 0,4$ см соответственно для 1-й и 2-й групп) и скорости трансаортального кровотока ($127,3 \pm 19,7$ и $114,7 \pm 16,6$ см/с) были характерны лишь для больных с прогностически значимыми нарушениями сердечного ритма.

Не было установлено взаимосвязи между степенью пролабирования митрального клапана и значимостью аритмий ($r_s = -0,06$; $p = 0,559$). Частота встречаемости такого «большого» фактора риска развития сердечно-сосудистых осложнений [5], как митральная регургитация (в нашем случае 2 степени) не была связана существенно с характером нарушений сердечного ритма (составляла соответственно 47,2 и 30,0 % в 1-й и 2-й группах больных, $p > 0,05$).

Заключение. Для пациентов с ДСТ характерно ремоделирование миокарда в виде увеличенного размера левого предсердия, конечного систолического размера, толщины задней стенки левого желудочка, скорости трансмитрального и трансаортального кровотоков, а также относительного уменьшения фракции выброса левого желудочка. В развитии прогностически значимых нарушений сердечного ритма у данной категории пациентов важную роль, вероятно, играют такие составляющие структурного и функционального ремоделирования ЛЖ, как повышение размера левого предсердия и увеличение скорости трансаортального кровотока.

Литература

1. Гладких, Н. Н. Прогнозирование структурно-функциональных особенностей сердца на основе HLA-фенотипа у пациентов с первичным пролапсом митрального клапана / Н. Н. Гладких, А. В. Ягода // Кубанский научный медицинский вестник. – 2009. – № 6. – С. 35–37.
2. Ягода, А. В. Малые аномалии сердца / А. В. Ягода, Н. Н. Гладких. – Ставрополь : СтГМА, 2005. – 248 с.
3. Яковлев, В. М. Основы клинической диагностики дисплазии соединительной ткани / В. М. Яковлев, Г. И. Нечаева, Е. Г. Бакулина. – Ставрополь : АГРУС, 2011. – 408 с.

References

1. Gladkikh N. N., Yagoda A. V. *Kubansky nauchny meditsinsky vestnik. – Kuban research medical vestnik.* 2009;6:35-37.
2. Yagoda A. V., Gladkikh N. N. *Malye anomalii serdtsa.* Stavropol: «StGMA»; 2005. 248 p.
3. Yakovlev V. M., Nechayeva G. I., Bakulina Ye. G. *Osnovy klinicheskoy diagnostiki displazii soyedinitelnoy tkani.*

АРИТМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
М. В. НОВИКОВА

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, нарушение ритма, ремоделирование сердца

4. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the management of patients with Ventricular Arrhythmias and the prevention of Sudden Cardiac Death: a report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death) // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2006. – Vol. 48. – P. 247–346.
5. Predictors of ventricular arrhythmias in patients with mitral valve prolapse / Y. Turker [et al.] // *Int. J. Cardiovasc. Imaging.* – 2010. – Vol. 26. – P. 139–145.

Stavropol: «AGRUS»; 2011. 408 p.

4. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the management of patients with Ventricular Arrhythmias and the prevention of Sudden Cardiac Death: a report of the American College of Cardiology *J Am Coll Cardiol.* 2006;48:247-346.
5. Turker Y. et al. *Int J Cardiovasc Imaging.* 2010;26:139-145.

ARRHYTHMIC SYNDROME AND MYOCARDIUM REMODELING IN CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA
NOVIKOVA M. V.

Key words: connective tissue dysplasia, disorder of heart rhythm, cardiac remodeling