Заключение. Представленный материал служит основой для дальнейшего совершенствования системы студенческой диспансеризации в плане своевременного формирования группы диспластико-зависимого сердечно-сосудистого риска среди молодёжи. Полученные результаты свидетельствуют, во-первых, о вполне достаточных диагностических возможностях скринингового формата фенотипического обследования. Во-вторых, эти данные указывают на целесообразность включения в группу диспластико-зависимого риска лиц при наличии у них не только 6 и более, но также носителей от 3

до 5 стигм в соответствии со скрининговым перечнем фенотипических признаков. Необходима оптимизация конституционально-ориентированных здоровьесберегающих технологий, рекомендуемых к использованию в учреждениях первичного звена здравоохранения (студенческих поликлиниках и вузовских центрах здоровья). Тем более что к настоящему времени уже накоплены данные о положительном эффекте различных профилактических и корригирующих технологий ограничения негативных диспластико-ассоциированных последствий для здоровья молодых людей [5].

Литература

1. Друк, И. В. Кардиоваскулярные синдромы дисплазии соединительной ткани у лиц молодого возраста: частота регистрации, факторы формирования / И. В. Друк, Г. И. Нечаева, Е. А. Лялюкова, О. В. Дрокина // *Лечащий врач*. – 2014. – № 6. – С. 72–76.
2. Евсеева, М. Е. Особенности липидного спектра крови и наследственная отягощённость по сердечно-сосудистым заболеваниям у лиц молодого возраста в зависимости от уровня здоровья / М. Е. Евсеева, Э. М. Мириджанян, И. В. Бабунц, Ю. В. Первушин // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. – 2005. – Т. 4, № 6–2. – С. 77–81.

References

1. Druk I. V., Nechaeva G. I., Ljaljukova E. A., Drokina O. V. *Lechashhij vrach*. – *Therapist*. 2014;6:72-76.
2. Evseyeva M. E., Miridzhanjan Je. M., Babunc I. V., Pervushin Ju. V. *Kardiovaskuljarnaja terapija i profilaktika*. – *Cardiovascular therapy and prevention*. 2005;4(6-2):77-81.
3. Eremin M. V., Evseyeva M. E., Koshel V. I. *Hronicheskiy tonzillit i displazija soedinitel'noj tkani*. Stavropol; 2008. 105 p.

3. Ерёмин, М. В. Хронический тонзиллит и дисплазия соединительной ткани / М. В. Ерёмин, М. Е. Евсеева, В. И. Кошель. – Ставрополь, 2008. – 105 с.
4. Наследственные нарушения соединительной ткани в кардиологии. Диагностика и лечение. Национальные рекомендации / В. В. Аникин, В. Г. Арсентьев, Г. П. Арутюнов [и др.] // *Российский кардиологический журнал*. – 2013. – Т. 99, № 1. – С. 1–32.
5. Нечаева, Г. И. Основные направления в лечении пациентов с дисплазией соединительной ткани / Г. И. Нечаева, О. В. Дрокина, И. В. Друк [и др.] // *Лечащий врач*. – 2014. – № 8. – С. 70–75.

4. Anikin V. V., Arsent'ev V. G., Arutjunov G. P., Belan Ju. B. [et al.] *Rossiiskij kardiologicheskij zhurnal*. – *Russian Journal of Cardiology*. 2013;99(1):1-32.
5. Nechaeva G. I., Drokina O. V., Druk I. V., Vershinina M. V., Ljaljukova E. A., Kolmenkova I. V. *Lechashhij vrach*. – *Therapist*. 2014;8:70-75.

Сведения об авторах:

Евсеева Мария Евгеньевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой факультетской терапии, начальник центра студенческого здоровья; тел.: 89283154687; e-mail: evseyeva@mail.ru

Ерёмин Михаил Владимирович, кандидат медицинских наук, врач; тел.: 89283154678; e-mail: eremin2007@mail.ru

Кошель Владимир Иванович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии с курсом ДПО, ректор; тел.: (8652)352331; e-mail: r@stgmu.ru

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616.126.42-007.43

DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2016.11076>

ISSN – 2073-8137

ДИСПЛАСТИЧЕСКОЕ СЕРДЦЕ: ВОЗМОЖНО ЛИ ПРОГНОЗИРОВАТЬ ЭЛЕКТРИЧЕСКУЮ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ МИОКАРДА?

М. Ю. Сметанин¹, Т. Е. Чернышова², Л. Т. Пименов², Н. Ю. Кононова²

¹ Республиканский клинично-диагностический центр, Ижевск, Россия

² Ижевская государственная медицинская академия, Россия

DYSPLASTIC HEART: IS IT POSSIBLE TO FORECAST MYOCARDIAL ELECTRIC INSTABILITY?

Smetanin M. Yu.¹, Chernyshova T. E.², Pimenov L. T.², Kononova N. Yu.²

¹ Republican clinic and diagnostics center, Izhevsk, Russia

² Izhevsk State Medical Academy, Russia

Изучены показатели дисперсии интервала QT у пациенток с пролапсом митрального клапана (ПМК). У больных с более высокой степенью ПМК и толщиной митральных створок повышены значения дисперсии интервала QT – предиктора электрической нестабильности миокарда, патогенетически связанной с механизмами внезапной сердечной смерти (ВСС).

Ключевые слова: пролапс митрального клапана, дисперсия интервала QT, толщина митральных створок, электрическая нестабильность миокарда

The indices of dispersion of the QT interval in patients with mitral valve prolapse (MVP) were studied. Patients with a higher degree of MVP and the thickness of the mitral leaflets had the increased values of QT interval dispersion – a predictor of myocardial electrical instability, pathogenetically associated with sudden cardiac death (SCD) mechanisms.

Key words: mitral valve prolapse, QT dispersion, thickness of the mitral leaflets, myocardial electric instability

Актуальность данной проблемы обусловлена широкой распространенностью ПМК – от 3 до 17 % в различных популяциях, а также тяжестью возможных осложнений (внезапная сердечная смерть – ВСС, нарушения ритма сердца – НРС, инфекционный эндокардит – ИЭ, тромбозы) [1].

Основным методом диагностики ПМК на сегодняшний день является двухмерная эхокардиография (ЭхоКГ), которая позволяет также провести необходимые для диагностики ПМК измерения, в первую очередь – измерение толщины створок митрального клапана (МК). Различают классический ПМК – при толщине створок в диастолу более 5 мм (отражает наличие миксоматозной дегенерации створок) и неклассический ПМК – при толщине створок менее 5 мм [2].

Большинство пациентов с ПМК без утолщения створок могут быть отнесены к группе низкого риска с благоприятным прогнозом. Ожидаемая продолжительность жизни у них соответствует таковой в общей популяции. При толщине створок 5 мм и более достоверно повышается суммарная вероятность ВСС, ИЭ и церебральных эмболий, а также митральной недостаточности, разрыва хорд, желудочковых НРС [3].

С интервалом QT связывают такие проблемы, как развитие электрической нестабильности миокарда, аритмий, идиопатической фибрилляции предсердий и ВСС; последняя продолжает оставаться одной из ведущих причин смертности в развитых странах, составляя от 15 до 20 % всех ненасильственных случаев смерти. Несмотря на значительные усилия, направленные на решение проблемы жизнеопасных НРС и ВСС, данная задача далека от окончательного разрешения [4]. В связи с этим особое значение приобретает поиск надежных предикторов указанной патологии. Согласно имеющимся данным литературы, в качестве одного из них может выступать увеличенная дисперсия интервала QT [5].

Цель работы – оценить связь дисперсии интервала QT при ПМК со степенью пролабирования митральных створок и их толщиной.

Материал и методы. Обследовано 105 женщин с ПМК (средний возраст составил 25±6,5 года), разделенных на три равные по численности группы в зависимости от степени пролабирования МК (I–III). Всем пациенткам проводилось антропометрическое и фенотипическое обследование с целью выявления внешних признаков дисплазии соединительной ткани (ДСТ) и ЭхоКГ в 2D, доплеровском и М-режиме (сканер Siemens CV 70). Интервал QT измеряли по стандартной методике на 12-канальном кардиоком-

плексе Schiller-200. Величина QTd рассчитывалась автоматически как разница между максимальной и минимальной величинами интервала QT, найденными по всем 12 отведениям.

ПМК диагностировался при максимальном систолическом смещении створок МК за линию кольца МК более чем на 2 мм в парастернальном продольном сечении «с» или «без» митральной регургитации (МР). Мы измеряли толщину только передней створки МК (ПСМК) в диастолу. Степень МР оценивалась полуколичественно визуально по площади струи регургитации.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ «Microsoft Excel 2003». Нормальность распределения анализируемых признаков оценивалась по критерию Колмогорова – Смирнова. Для оценки различий между группами использовался метод одностороннего дисперсионного анализа. Различия считали достоверными $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. По результатам эхокардиографии во всех трех группах пациенток основные показатели геометрии левого желудочка (ЛЖ) (конечный диастолический, конечный систолический размеры, толщина задней стенки и межжелудочковой перегородки) находились в пределах референсных значений. Фракция выброса ЛЖ – основной показатель его систолической функции – также не выходила за пределы возрастной нормы. Средняя толщина ПСМК в группе III составила 5,5±0,9 мм, что достоверно больше, чем в группах I и II (4,3±0,9 мм и 4,6±0,7 мм соответственно, $p < 0,05$). МР была выявлена у 73 пациенток (69,5 %), при этом она отсутствовала у 17 (48,6 %) обследованных в I группе, у 11 (31,4 %) – во II группе и только лишь у 4 (11,4 %, $p < 0,005$) – в III группе.

Показатели QTmax, QTc max и дисперсии интервала QT в группе I составили соответственно 397±25 мс, 427±22 мс и 38±14 мс, в группе II – 403±24 мс, 427±17 мс и 45±12 мс, в группе III – 421±33 мс, 453±25 мс и 65±13 мс. Таким образом, они были значимо повышены в группе III в сравнении с группами I и II ($p < 0,005$).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что у пациенток с более высокой степенью пролапса митрального клапана и толщиной митральных створок повышены значения дисперсии интервала QT (предиктора электрической нестабильности миокарда, патогенетически связанной с механизмами внезапной сердечной смерти). Эхокардиографическая оценка степени тяжести пролапса митрального клапана и митральной регургитации помогает выделить группу пациенток с повышенным риском развития опасных для жизни аритмий и внезапной сердечной смерти.

Литература

1. Клиническая характеристика состояния сердечно-сосудистой системы у пациентов молодого возраста с дисплазией соединительной ткани в аспекте кардио-церебральных взаимодействий / И. В. Друк, Г. И. Нечаева, В. Э. Смяловский [и др.] // Справочник врача общей практики. – 2014. – № 10. – С. 17–26.
2. Земцовский, Э. В. Малые аномалии сердца и диспластические фенотипы / Э. В. Земцовский, Э. Г. Малев. – СПб. : «Политекст-НордВест», 2012. – 160 с.
3. Кардиоваскулярные синдромы дисплазии соединительной ткани у лиц молодого возраста: частота регистрации, факторы формирования / И. В. Друк, Г. И. Нечаева, Е. А. Лялюкова, О. В. Дрокина // Лечащий врач. – 2014. – № 6. – С. 72–75.
4. Ватулин, Н. Т. Дисперсия интервала QT: современное состояние проблемы / Н. Т. Ватулин, Е. В. Кенинг, Н. В. Калинкина [и др.] // Украинский кардиологический журнал. – 2000. – № 1–2. – С. 92–97.
5. Arrhythmias among young patients with multiple connective tissue abnormalities / G. Nechaeva, I. Druk, V. Potapov [et al.] // European Heart J. – 2014. – P. 1472.

References

1. Druk I. V., Nechaeva G. I., Smyalovskij V. E. *Spravochnik vracha obshchej praktiki. – Handbook of General practitioner.* 2014;10:17-26.
2. Zemtovskiy E. V., Malev E. G. *Malye anomalii serdca i displasticheskie fenotipy.* SPb: «Politekst-NordVest»; 2012. 160 p.
3. Druk I. V., Nechaeva G. I., Lyalyukova E. A., Drokina O. V. *Lechashchij vrach. – Doctor in charge.* 2014;6:72-75.
4. Vatutin N. T., Kening E. V., Kalinkina N. V. *Ukrainskij kardiologicheskij zhurnal. – Ukrainian Journal of Cardiology.* 2000;1-2:92-97.
5. Nechaeva G., Druk I., Potapov V. *European Heart J.* 2014;1472.

Сведения об авторах:

Сметанин Михаил Юрьевич, кандидат медицинских наук, врач ультразвуковой диагностики; тел.: 89128560333; e-mail: Migele1977@rambler.ru

Чернышова Татьяна Евгеньевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи; тел.: (3412)661133

Пименов Леонид Тимофеевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой; тел.: (3412)661133

Кононова Наталья Юрьевна, кандидат медицинских наук, докторант; тел.: (3412)661133

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616.5-009-008.9-036:611.018.2-007.17

DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2016.11077>

ISSN – 2073-8137

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛИПОИДНОГО НЕКРОБИОЗА НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Г. И. Нечаева, О. В. Дрокина, В. А. Охлопков, А. В. Кононов, В. П. Конев, Е. Н. Логинова

Омский государственный медицинский университет, Россия

THE CLINICAL CASE OF THE LIPOID NECROBIOSIS IN PATIENT WITH THE CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

Nechaeva G. I., Drokina O. V., Ochlopkov V. A., Kononov A. V., Konev V. P., Loginova E. N.

Omsk State Medical University, Russia

Дифференцированные формы дисплазии соединительной ткани (ДСТ) – синдромы Элерса – Данло, Марфана и др. – сопровождаются диагностически значимой патологией кожи. Остается сложным вопрос трактовки псевдоопухолевых образований кожи при недифференцированной ДСТ (нДСТ).

Представлен клинический случай липоидного некробиоза у пациентки с нДСТ, трудности дифференциальной диагностики, обусловленные атипичной клинической картиной патологии кожи. Оптимальной тактикой ведения пациентов с патологией кожи на фоне ДСТ является мультидисциплинарный подход, скоординированные усилия врачей разных специальностей, включая терапевта, дерматолога, патоморфолога.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, липоидный некробиоз, псевдо-опухолевые образования кожи

Differentiated connective tissue dysplasia (CTD), including Ehlers-Danlos syndrome, Marfan syndrome, etc., is accompanied by diagnostically significant skin disorders. At the same time, interpretation of the pseudo-tumor formations of skin in patients with undifferentiated forms of the CTD (nCTD) is still debated.

We have described a clinical case of lipoid necrobiosis in a patient with the nCTD, the difficulties of differential diagnosis due to atypical clinical picture of skin disease.

The best management of patients with skin disorders and CTD is a multi-disciplinary approach, coordinated efforts of various specialists, including general practitioner, dermatologist, pathologist.

Key words: connective tissue dysplasia, lipoid necrobiosis, pseudo-tumor formations of skin

В современной клинической практике понятие дисплазии соединительной ткани (ДСТ) знакомо врачам многих специальностей. К настоящему времени описано более 30 типов генетических мутаций, приводящих к ДСТ, в

результате которых цепи коллагена и эластина формируются неправильно и образованные ими структуры не выдерживают должных механических нагрузок, особенно в период интенсивного роста организма (13–15 лет) [2, 5].