

6. Лебединский В.Ю., Изатулин В.Г., Шеломенцев Е.В., Кондрашин С.Ю. Морфология внутрисуставного диска височно-нижнечелюстного сустава при формировании полной адентии // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2016. – №8. – С.42-45.
7. Никитин О.Н., Вязьмин А.Я. Клинико-социальные аспекты реабилитации больных с синдромом дисфункции

височно-нижнечелюстного сустава // Клиническая стоматология. – 2007. – №4. – С.9-13.
8. Никитин О.Н., Вязьмин А.Я. Определение степени тяжести синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Проблемы стоматологии. – 2006. – №1. – С.18-19.
9. Соколов А.М. О патологии височно-нижнечелюстного сустава. – М., 2000. – 230 с.

REFERENCES

1. Vyazmin A.Ya., Velm A.I. Diagnostics of temporomandibular joint dysfunction by magnetic resonance imaging // Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal. – 1998. – №2. – P.31-34. (in Russian)
2. Izatulin V.G., Lebedinsky V.Y., Shelomentsev E.V., Kondrashin S.Y. Methods of fence organocomplexes temporomandibular joint for morfolodgical examination // Sibirskij Medicinskij Zurnal (Irkutsk). – 2015. – №3. – P.121-123. (in Russian)
3. Izatulin V.G., Viazmin A.Ya., Shelomentsev E.V., Lutsenko A.A. Functional anatomy and histologic structure of temporomandibular joint // Acta Biomedica Scientifica. – 2011. – №4-2. – P.314. (in Russian)
4. Iordanishvili A.K., Gayvoronskaya M.G., Soldatova L.N., et al. Occlusion-caused diseases of masticatory system (the concept and prevalence in adults) // Kurskiy nauchno-prakticheskiy vestnik «Chelovek i yego zdorov'ye». – 2013. – №3. – P.39-43. (in Russian)

5. Kondrashin S.Yu., Leven I.I., Izatulin V.G. Technique of abstraction of the organocomplex of the temporomandibular joint // Proceedings of the All-Russian Scientific and Practical Conference. – Moscow, 2004. – P.253-254. (in Russian)
6. Lebedinsky V.Yu., Izatulin V.G., Shelomentsev E., Kondrashin S. Morphology of intra-articular disc of the temporomandibular joints in edentulous // Sibirskij Medicinskij Zurnal (Irkutsk). – 2016. – №8. – P.42-45. (in Russian)
7. Nikitin O.N., Vyazmin A.Ya. Clinical and social aspects of rehabilitation of patients with the temporomandibular joint dysfunction syndrome // Klinicheskaya stomatologiya. – 2007. – №4. – P.9-13. (in Russian)
8. Nikitin O.N., Vyazmin A.Ya. Determination of the degree of severity of the dysfunction syndrome of the temporomandibular joint // Problemy stomatologii. – 2006. – №1. – P.18-19. (in Russian)
9. Sokolov A.M. On the pathology of the temporomandibular joint. – Moscow, 2000. – 230 p. (in Russian)

Информация об авторах:

Бородина Галина Николаевна – заведующая кафедрой анатомии человека, доцент, д.м.н., 656038, г. Барнаул, пр. Ленина, 40, e-mail: borodina.g.agmu@gmail.com.

Information About the Author:

Borodina Galina – MD, PhD, DSc (Medicine), Associate Professor, Head of the Department of Human Anatomy, 656038, Barnaul, Lenina Ave., 40, e-mail: borodina.g.agmu@gmail.com.

© БАРАХОВСКАЯ Т.В., СУВОРОВА Е.А., ПОПОВА Е.С., КАЛЯГИН А.Н. – 2017
УДК 616.12-007.1.15-053

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ, ИСХОДОВ, ОСОБЕННОСТЕЙ ЛЕЧЕНИЯ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ И РЕВМАТИЧЕСКИХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Татьяна Васильевна Бараховская, Екатерина Александровна Суворова,
Елена Сергеевна Попова, Алексей Николаевич Калягин
(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов,
кафедра факультетской терапии, зав. — д.м.н., проф. Н.М. Козлова,
кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — д.м.н., проф. А.Н. Калягин)

Резюме. Проведено ретроспективное сравнение течения, исходов и лечения дегенеративных и ревматических пороков сердца у 41 больного. Больные были разделены на 2 сопоставимые по полу и возрасту группы: 1-ая – 24 больных с дегенеративными поражениями клапанного аппарата, 2-ая – 17 с ревматическими пороками сердца. Установлено, что в обеих группах наиболее частым нарушением ритма была фибрилляция предсердий, но во 2-й группе она встречалась чаще на 36,6%. Всем больным назначалась антикоагулянтная терапия для профилактики кардиоэмболических инсультов, но в 9,7% случаев препарат был противопоказан. При этом целевые уровни МНО не достигнуты в 1-й группе – в 57,1% случаях, во 2-й группе – в 30,7%. Отмечено нерациональное применение сердечных гликозидов при сердечной недостаточности с сохранной фракцией выброса левого желудочка. Выявлено, что все больные принимали липиднормализующую терапию, но 75,6% не достигли целевого уровня ЛПНП. Обращает внимание увеличение уровня С-реактивного белка у больных с аортальным стенозом, что позволяет предположить роль воспаления в формировании дегенеративного аортального стеноза.

Ключевые слова: приобретенные пороки сердца; хроническая ревматическая болезнь сердца; дегенеративные поражения клапанного аппарата; хроническая сердечная недостаточность; ишемическая болезнь сердца; нарушения ритма сердца; липидный обмен; антикоагулянтная терапия.

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF THE COURSE, OUTPUTS AND THE FEATURES OF TREATMENT OF DEGENERATIVE AND RHEUMATIC HEART DISEASES

T.V. Barakhovskaya, E.A. Suvorova, E.S. Popova, A.N. Kalyagin
(Irkutsk State Medical University, Russia)

Summary. A retrospective comparison of the course, outcomes and treatment of degenerative and rheumatic heart defects in 41 patients was performed. The patients were divided into 2 groups comparable in sex and age: the first group consisted of 24 persons with degenerative lesions of the valvular apparatus, and the second group included 17 ones with rheumatic heart defects. It was found that atrial fibrillation was the most frequent rhythm disturbance in both groups, but in the 2nd group it

was revealed 36,6% more frequent. All patients were prescribed anticoagulant therapy to prevent cardioembolic strokes, but in 9,7% of cases the drug was contraindicated. At the same time, target levels of INR were not achieved in the 1st group – in 57,1% cases, in the second group – in 30,7%. Irrational use of cardiac glycosides in heart failure with a preserved fraction of left ventricular ejection was noted. It was revealed that all patients took lipid-lowering therapy, but 75,6% did not reach the LDL target level. Attention is drawn to the increase in the level of C-reactive protein in patients with aortic stenosis, which assumes the role of inflammation in the formation of degenerative aortic stenosis.

Key words: acquired heart diseases; rheumatic heart diseases; degenerative lesions of the valvular apparatus; chronic heart failure; coronary heart disease; heart rhythm disorders; lipid metabolism; anticoagulant therapy.

Приобретенные пороки сердца (ППС) имеют большую распространенность, что ведет к стойкой потере трудоспособности, представляет собой социальную проблему, которая, несмотря на значительные успехи, достигнутые в диагностике и лечении пороков сердца, сохраняет актуальность и в наши дни. ППС имеют различную этиологию: острая ревматическая лихорадка, инфекционный эндокардит, микседема, атеросклероз, ишемия миокарда и в настоящее время острая ревматическая лихорадка как причина формирования порока клапана потерял свою значимость, но в России это по-прежнему один из ведущих факторов. В 2009 г. было зарегистрировано 178623 случая клапанной патологии у больных с хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС), более чем у 9,2 тыс. человек диагноз заболевания был установлен впервые [1].

Последние два десятилетия в РФ отмечено изменение этиологической структуры пороков сердца за счет уменьшения доли больных с ревматическим поражением. В России среди клапанных пороков на первом месте стоят ревматические пороки сердца (РПС), хотя увеличивается доля диагностики и дегенеративных поражений клапанного аппарата [4]. Выживаемость больных в течение 10 лет при неоперированных многоклапанных пороках составляет 8-15%, эти показатели после протезирования одного клапана составляют 80%, после протезирования двух клапанов – до 50-60%. Число реконструктивных операций на клапанах сердца ежегодно увеличивается, занимая второе место среди всех выполняемых кардиохирургических вмешательств у взрослого населения [5]. Анализируя распространенность поражения различных клапанов сердца в Европе, на первом месте стоит аортальный стеноз (33,9%), митральная (24,8%) и аортальная (10,4%) недостаточность и митральный стеноз (9,4%) [4].

По мнению многих специалистов, в мире не существует полноценной статистики о распространенности клапанных пороков сердца [5]. У многих пациентов с клапанными пороками имеется ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), хроническая болезнь почек (ХБП), но мало научных исследований, на основании которых можно было бы обосновать оптимальную тактику ведения пациентов с сочетанной патологией.

Цель исследования: провести сравнение течения, исходов и лечение дегенеративных и ревматических пороков сердца.

Материалы и методы

Проведён ретроспективный анализ 41 пациента с ППС кардиологического отделения МСЧ ОАО «Международный Аэропорт Иркутск». Ретроспективный анализ посвящен изучению течения, исходов и лечение дегенеративных и ревматических пороков сердца по историям болезни. Изучалась история болезни, анамнез заболевания, состояние клапанного аппарата и стадии ХСН изучались по данным Эхо КГ, нарушения ритма сердца и признаки ишемии миокарда по ЭКГ. Изучались биохимические показатели углеводного и липидного обмена, С-реактивный белок (СРБ), а также показатели коагулограммы (МНО), функции почек (по креатинину и скорости клубочковой фильтрации). Изучались схемы лечения пациентов. Оценка

результатов эффективности лечения проводилась по результатам липидограммы, уровню достигнутых значений ЛПНП.

Больные разделены на две группы (табл. 1).

Таблица 1

Распределение пациентов на группы			
показатель	1-ая группа (n=24)	2-ая группа (n=17)	p
Женщины, чел.	15	13	>0,05
Мужчины, чел.	9	4	
Возраст, лет (Me [min; max])	76 [62; 86]	74 [59; 83]	>0,05

Первая группа включает 24 пациента с ППС дегенеративного характера (ДПС) из них 62,5% женщин и 37,5% мужчин. Медиана возраста исследованных пациентов 76 лет (от 62 до 86 лет). В этой группе преобладают больные с аортальным стенозом – 45%. В 16,6% случаях отмечены комбинированные пороки, у 8,3% – митральная недостаточность, у 4,1% – трикуспидальная недостаточность, у остальных 16,6% – сочетанные пороки.

Вторая группа исследуемых включала 17 пациентов с РПС, из них 76,4% женщин и 23,6% мужчин. Медиана возраста пациентов составляет 74 года (от 59 до 83 лет). В этой группе преобладают комбинированные пороки у 55,5%, митральная недостаточность – у 5,5%, сочетанный порок – у остальных 39%.

Все больные выразили добровольное информированное согласие на использование данных их медицинской документации для научного исследования. Протокол исследования был одобрен этическим комитетом.

Данные представлялись в виде медиан, минимума и максимума выборки, а также в виде относительных величин. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием непараметрических критериев и критерия z. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Наиболее частым нарушением ритма в обеих группах является постоянная форма ФП, что соответствует данным литературы [7]. В группе с ДПС данная патология выявлена у 50%, а в группе с РПС – у 86,6% ($p < 0,05$).

Всем пациентам с ФП, согласно шкале оценки риска тромбоемболий CH2ADS2-VASc, показан прием пероральных антикоагулянтов [8]. В группе с ДПС 58,3% пациентов получали варфарин, 16,6% новые оральные антикоагулянты (НОАК), в 25% не назначался варфарин, из-за обострения эрозивного гастрита и дуоденита, язвенной болезни желудка, тромбоцитопении. Среди получавших антикоагулянтную терапию варфарином в 57,1% случаях целевые уровни МНО не достигнуты. В одном случае на фоне приема препарата возникло осложнение – желудочное кровотечение, терапия была приостановлена. В группе с РПС 100% получали антикоагулянтную терапию варфарином, в 30,7% случаях не достигнут целевой уровень МНО.

Также в этих группах были проанализированы другие нарушения ритма. В группе с ДПС 20,8% имели групповые пароксизмальные экстрасистолы. У одного пациента по поводу гемодинамически значимой брадикардии установлен ЭКС. В группе с РПС 13,3% имели полные АВ-блокады, 35% – одиночные парные желу-

дочковые экстрасистолы. Таким образом, у пациентов с ППС наиболее частым нарушением ритма была ФП, причем в группе с РПС встречалась чаще на 36,6%. Всем пациентам проводилась антикоагулянтная терапия. В большинстве случаев применялся варфарин, однако целевой диапазон МНО в 87,8% случаев достигнут не был. Нужно отметить, что НОАК применялись только у 16,6%, хотя противопоказаний для их назначения не было.

В структуре причин развития ХСН отмечается увеличение количества пациентов с ППС (4,3%). Недостаточность митрального клапана и аортальный стеноз являются наиболее частыми причинами развития ХСН у больных с клапанными пороками [3]. ППС могут усугублять ХСН или быть причиной ее развития [7]. В нашем исследовании среди пациентов с ДПС имеют ХСН 2ФК – 70,8%, 3 ФК – 25% и 4 ФК – 4,2%, в группе с РПС – ХСН 2ФК – 58,8%, 3 ФК – 41,1%.

Согласно последней классификации предложенной ECS 2016 г. сердечная недостаточность (СН) делится на формы с сохранной фракцией выброса (СН-сФВ > 50%), со сниженной ФВ (СН-нФВ < 40%) и средней (промежуточной) ФВ (СН-срФВ 40-49%). В анализируемых группах во всех случаях была СН-сФВ и СН-срФВ. В группе с ДПС 16,6% имеют СН-срФВ, у остальных 83,4% СН-сФВ. В группе с РПС у 100% СН-сФВ. В соответствии с национальными и международными рекомендациями целями терапии ХСН являются улучшение прогноза, устранение симптомов ХСН, защита органов мишеней, снижение числа госпитализаций, улучшение качества жизни [6,8]. Международные и национальные рекомендации разработаны для лечения пациентов хронической сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса – это ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА), бета-адреноблокаторы (БАБ), диуретики, антагонисты альдостерона, антагонисты рецепторов ангиотензина. Для СН-срФВ и СН-сФВ рекомендации по лекарственной терапии не разработаны и лечение ХСН этих форм основывается на терапии основного заболевания, приведшего к ее развитию.

В группе с ДПС установлено, что БАБ принимали 83,4%, чаще всего назначался бисопролол, его принимали 65%. В 16,6% случаев БАБ не назначались из-за побочных эффектов (брадикардии и острой сердечной недостаточности). У пациентов в 96% случаев частота сердечных сокращений (ЧСС) достигнута ниже 70 уд/мин, что говорит об адекватном подборе лекарственной терапии. У 4% ЧСС больше 70 уд/мин, в этих случаях назначался дигоксин в малых дозах (что с учетом сохранной и средней ФВЛЖ не является рациональным назначением). Согласно рекомендациям по лечению ХСН, блокаторы ренин-ангиотензиновой системы должны получать все пациенты. В нашем исследовании 91,6% получали ИАПФ или сартаны, только 8,3% в связи с тяжелыми стадиями ХБП данные препараты были противопоказаны. Спиринолактон принимали 23 человека (95,8%), одному он не показан (терминальная почечная недостаточность). В группе РПС БАБ, ИАПФ или сартаны, спиринолактон принимали 100% пациентов.

Вероятность и распространенность ИБС в общей популяции оценивается на основании возраста, пола, клинических факторов риска. Распространенность ИБС у пациентов с клапанной патологией основана на тех же принципах [3]. Мы исследовали частоту перенесенных инфарктов миокарда у пациентов с приобретенными пороками сердца. В группе с ДПС 33,3% перенесли ИМ, причем во всех этих случаях дважды, а у одного пациента шесть повторных ИМ. В этой группе пациентов в 8,3% проведено аортокоронарное шунтирование и стентирование коронарных сосудов. Пациенты с РПС в 29,4% перенесли ИМ, что на 3,9% ниже, чем в группе с ДПС, а повторных ИМ нет.

Протезирование аортального клапана показано пациентам с умеренным аортальным стенозом, под-

лежащим АКШ или операции на аорте либо на других клапанах сердца [6]. Оперативное лечение по поводу протезирования аортального клапана в группе ДПС не проводилось, причины такой тактики нуждаются в дополнительном изучении. В группе с РПС 58,8% прооперировано, в том числе протезирование митрального клапана выполнено в 11,7% случаев, аортального клапана также у 11,7% и операции на обоих клапанах проведены у 17,6% пациентов, в остальных случаях проведена митральная комиссуротомия.

С учетом возраста пациентов обеих групп, было интересно проанализировать липидный спектр. Все пациенты имеют сочетанную патологию (ИБС, АГ, ХБП) и относятся к группе высокого риска, целевой уровень ЛПНП для них составляет 1,8 ммоль/л. Повышение ЛПНП у пациентов с ДПС выявлено в 79,1% случаев, а в группе РПС в 70,5%. Все пациенты принимали липид-нормализующие препараты – аторвастатин (в дозе 20-40 мг) или розувастатин (в дозе 10 мг). Из двух групп 75,6% пациентов не достигли целевого уровня ЛПНП.

В исследовании О.В. Андропова, В.Н. Анохина (2006), отмечено, что формирование аортального стеноза сопровождается статистически значимым увеличением абсолютных показателей концентрации С-реактивного белка (СРБ) [1]. В группе ДПС в нашем исследовании повышение СРБ свыше 6 мг/л было выявлено у 8 (33,3%) пациентов, из них 62,5% с изолированным аортальным стенозом и 37,5% аортальный стеноз сочетается с другими пороками. Наиболее значительное увеличение уровня СРБ у пациентов с изолированным аортальным стенозом – от 19 до 66 мг/л. Это наблюдение позволяет подтвердить данные о роли воспаления в формировании дегенеративного аортального стеноза [1].

Среди всех пациентов с ППС нарушение углеводного обмена имеет 31,7%, в группе с ДПС 41,6%, а в группе с РПС – 17,6% (p < 0,05).

Таким образом, у пациентов с ППС наиболее частым нарушением ритма была ФП, причем в группе с РПС встречалась чаще на 36,6%. Всем пациентам назначалась антикоагулянтная терапия, в 9,7% случаев препарат был противопоказан. Целевые уровни МНО не достигнуты. В группе ДПС в 57,1% случаях, в группе РПС в 30,7%, что связано с неудобствами и сложностями контроля МНО при приеме варфарина. Обрабатывает внимание низкая частота назначения НОАК, в группе с ДПС, что, вероятно, связано со стоимостью препаратов.

Нами отмечена более низкая частота развития ИМ и отсутствие повторных ИМ в группе РПС. Исследование показало, что у пациентов с ДПС наблюдается низкий охват оперативным лечением.

Для лечения СН-сФВ и СН-срФВ рекомендации не разработаны, поэтому проводится терапия основного заболевания, которое приводит к ХСН. Отмечено нерациональное применение сердечных гликозидов при СН-сФВ.

Выявлено, что все пациенты принимали липиднормализующую терапию, но 75,6% не достигли целевого уровня ЛПНП. Обращает внимание увеличение уровня СРБ у пациентов с аортальным стенозом. Это наблюдение позволяет предположить о роли воспаления в формировании дегенеративного аортального стеноза.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователи несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и иных взаимодействиях. Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

Работа поступила в редакцию: 31.05.2017

ЛИТЕРАТУРА

1. Андропова О.В., Анохин В.А. Дегенеративный аортальный стеноз: особенности патогенеза и принципы терапии // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2006. – Т. 2. №1. – С.31-36.
2. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Гудкова Р.Г. Хирургическое лечение болезней системы кровообращения в Российской Федерации (2010-2014 г.) // Здравоохранение. – 2014. – №2. – С.68-76.
3. Дядык А.И., Багрий А.Э., Самойлова О.В. и др. Приобретенные пороки сердца. Хроническая сердечная недостаточность у больных с приобретенными пороками сердца // Новости медицины и фармации. – 2008. – №241. – С.63-73.
4. Калягин А.Н. Особенности ведения больных с ревматическими пороками сердца и хронической сердечной недостаточностью // Современная ревматология. – 2009. – №3. – С.4-29.
5. Клинические рекомендации по ведению, диагностике и лечению клапанных пороков сердца. – М.: Изд-во НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2009. – 356 с.
- Марева В.Ю., Фомин И.В., Агеев Ф.Т. и др. Хроническая сердечная недостаточность // Журнал сердечная недостаточность. – 2017. – Т. 18. №1. – С.3-40.
7. Хубулава Г.Г., Шайдаков М.Е., Марченко С.П. и др. Прогнозирование вероятности развития фибрилляции предсердий после успешной хирургической коррекции митрального порока сердца // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2011. – Т. 170. №2. – С.9-16.
8. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS // Eur. Heart J. – 2016. – Vol. 37. №38. – P.2893-2962. – DOI: 10.1093/eurheartj/ehw210

REFERENCES

1. Andropova O.V., Anokhin V.A. Degenerative aortic stenosis: pathogenesis and new principles of treatment // Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii. – 2006. – №1. – P.31-36. (in Russian)
2. Bokeria L.A., Stupakov I.N., Gudkov R.G. Surgical treatment of Bolsena of the circulatory system in the Russian Federation (2010-2014) // Zdravookhraneniye. – 2014. – №2. – P.68-76. (in Russian)
3. Dyadyk A.I., A. Bagrii E.A., Samoiloova O.V., et al. Acquired heart diseases. Chronic heart failure in patients with acquired heart disease // Novosti meditsiny i farmatsii. – 2008. – №241. – P.63-73. (in Russian)
4. Kalyagin A.N. Management of patients with rheumatic heart diseases and chronic heart failure // Sovremennaya revmatologiya = Modern rheumatology. – 2009. – №3. – P.4-29. (in Russian)
5. Clinical guidelines for the management, diagnosis and treatment of valvular heart disease. – Moscow: Publishing house of the Bakulev them. A.N. After Bakulev RAMS, 2009. – 356 p. (in Russian)
6. Mareev V.Yu., Fomin I.V., Ageev F.T., et al. Chronic heart failure // Zhurnal serdechnaya nedostatochnost'. – 2017. – Vol. 18. №1. – P.3-40. (in Russian)
7. Khubulava G.G., Shajdakov M.E., Marchenko S.P., et al. Prognosis of probability of the development of atrial fibrillation after successful surgical correction of mitral valvular disease // Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova. – 2011. – Vol. 170. №2. – P.9-16. (in Russian)
8. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS // Eur. Heart J. – 2016. – Vol. 37. №38. – P.2893-2962. – DOI: 10.1093/eurheartj/ehw210

Информация об авторах:

Барановская Татьяна Васильевна – к.м.н., доцент, кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, e-mail: tvbar@bk.ru, телефон: 8(3952)-627-641; Суворова Екатерина Александровна, Попова Елена Сергеевна – студенты 6 курса лечебного факультета; Калягин Алексей Николаевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, e-mail: akalagin@mail.ru.

Information About the Authors:

Barakhovskaya Tatiana V. – MD, PhD (Medicine), assistant of professor, 664003, Russia, Irkutsk, Krasnogo Vosstania st., 1, Irkutsk State Medical University, e-mail: tvbar@bk.ru; Suvorova E. Alekandrovna, Popova Elena S. – 6th year students of the medical faculty ISMU; Kalyagin Alexey N. – MD, PhD, DSc (Medicine), professor, head of the department, 664046, Irkutsk, PO Box 62, e-mail: akalagin@yandex.ru.

© ДИК И.С., ДРОБЫШЕВА В.П., ПОТЕРЯЕВА Е.Л., ПАРНИКОВА Л.А. – 2017
УДК 616.124.2:615.21/26

ВЛИЯНИЕ АМИОДАРОНА НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Ирина Сергеевна Дик¹, Вера Петровна Дробышева²,
Елена Леонидовна Потеряева², Любовь Анатольевна Парникова¹

(¹Закрытое Акционерное общество Медицинский центр «Авиценна» группы компаний «Мать и дитя», Новосибирск, генеральный директор – А.А. Еловский; ²Новосибирский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.О. Маринкин)

Резюме. Целью работы стала оценка влияния амиодарона на показатели диастолической функции левого желудочка при гипертонической болезни (ГБ), осложненной пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ФП). В исследовании приняло участие 99 пациентов с ГБ, осложненной пароксизмальной формой ФП. Всем пациентам была проведена эхокардиография (ЭхоКГ) с определением комплекса общепринятых морфофункциональных параметров. Все больные были разделены на 2 группы по возрастным характеристикам: 41-60 лет и старше 60 лет. При включении в исследования назначали амиодарон 600 мг внутривенно с целью восстановления ритма, далее после восстановления ритма в дозе 150-450 мг в сутки в течение года наблюдения. Установлено, что в течение года наблюдений амиодарон не влиял на показатели диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) при исходно нормальных их значениях при гипертонической болезни, осложнённой пароксизмальной формой фибрилляции у пациентов 41-60 и старше 60 лет. Амиодарон не влиял отрицательно на показатели диастолической функции ЛЖ при исходном её нарушении по первому типу.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь; фибрилляция предсердий; диастолическая дисфункция; амиодарон.