

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипов, Д.М. Видеоторакоскопия в диагностике и лечении ранений груди: дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1999.
2. Ашкрафт, К.У., Холдер, Т.М. Детская хирургия. – СПб. – 1997. – Т.2 – С. 257–260.
3. Гаширов, О.Ф. [и др.]. Видеоторакоскопические операции при хронических нагноительных заболеваниях лёгких у детей // Эндоскопическая хирургия. – 1998. – №3. – С. 24 – 28.
4. Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф. Эндоскопическая хирургия у детей. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 240 с.
5. Исаков, Ю.Ф. Торакоскопические и видеоассистированные операции на органах грудной клетки у детей/Ю.Ф. Исаков, Э.А. Степанов, А.Ю. Разумовский // Хирургия. – 2003. – №3. – С.22 – 25.
6. Мамлеев, И.А. Видеоторакоскопические операции в хирургическом лечении заболеваний органов грудной клетки у детей: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – Уфа, 2004. – 48 с.
7. Цыбуляк, Г.Н. Ранения и травмы груди/Г.Н. Цыбуляк, С.Л. Бечик // Хирургия.–1997.–№3.–С.5-10.
8. Casos S.R., Richardson J.D. Role of thoracoscopy in acute management of chest injury.// Curr. Opin. Crit. Care. – 2006. – Dec. – №12(6) – С. 184.

УДК 616.12-008.331.1-055.2

© М.Т. Андриянов, А.Е. Манойлов, К.Р. Файзуллин, Н.Г. Литвинова, 2012

М.Т. Андриянов, А.Е. Манойлов, К.Р. Файзуллин, Н.Г. Литвинова
**ЗНАЧЕНИЕ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН,
 ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОСТРОЙ ФОРМЫ
 ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ**

ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия»

Минздравсоцразвития России, г. Челябинск

Цель исследования: показать значение гипертонической болезни сердца в развитии острых форм фибрилляции предсердий у женщин трудоспособного возраста. Материалы и методы: проведен анализ анамнестических данных, клинико-функциональных исследований у 112 женщин, госпитализированных с острой формой фибрилляции предсердий за период 2006–2010 годы. Результаты: выявлена недостаточная диагностика гипертонической болезни сердца с одновременной гипердиагностикой ишемической болезни сердца как причины развития и рецидивирования фибрилляции предсердий. Выводы: недооценка роли гипертонической болезни сердца в развитии фибрилляции предсердий приводит к необоснованному назначению антиангинальной терапии.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, гипертоническая болезнь сердца, фактор риска, женщины, трудоспособный возраст.

М.Т. Andriyanov, A. Ye. Manoilov, K.R. Faizullin, N.G. Litvinova
**HYPERTENSIVE HEART DISEASE IN WOMEN
 HOSPITALIZED FOR ACUTE ATRIAL FIBRILLATION**

Aim of the study: To demonstrate the significance of hypertensive heart disease in the development of acute forms of atrial fibrillation in working age women. Materials and methods: An analysis of anamnestic data, clinical and functional studies was carried out in 112 women hospitalized with acute atrial fibrillation within the period of 2006-2010. Results of the study: Insufficient diagnosis of hypertensive heart disease with simultaneous overdiagnosis of coronary heart disease as the cause of atrial fibrillation development and recurrence was identified. Conclusion: Underestimation of hypertensive heart disease significance in the development of atrial fibrillation leads to unreasonable administration of antianginal therapy.

Key words: atrial fibrillation, hypertensive heart disease, risk factor, women, working age.

Распространенность фибрилляции предсердий (ФП) в общей популяции составляет 1-2% [9,13], у людей в возрасте 40-50 лет – 0,5% [7]. ФП является самой частой суправентрикулярной тахикардией [1, 11]. Медико-социальная значимость ФП определяется повышенным уровнем смертности больных, развитием различных осложнений, невысокой эффективностью профилактической антиаритмической терапии [2] и частой обращаемостью за медицинской помощью. Тактика лечения и профилактические мероприятия повторных приступов ФП зависят от заболевания, послужившего причиной аритмии. Выделяют первичную и вторичную формы заболевания. Вторичная ФП чаще всего вызывается ишемической болезнью сердца (ИБС), гипертонической болезнью (ГБ), аномалиями

развития сосудов, клапанными пороками сердца, сердечной недостаточностью. У больных, страдающих ГБ, риск развития ФП выше на 42% [10].

Развитие ФП у больных, страдающих ГБ, происходит следующим образом. Артериальная гипертензия (АГ) ведет к гипертрофии левого желудочка (ЛЖ), которая является одной из основных причин диастолической дисфункции (ДД). Увеличение жесткости камеры ЛЖ приводит к перегрузке левого предсердия (ЛП), с чем и связано его увеличение при ГБ [14, 15]. В свою очередь структурное ремоделирование предсердий приводит к развитию ФП [3, 8].

В то же время в современных клинических рекомендациях по лечению ФП недостаточно подчеркивается значение АГ, гипертон-

зивной болезни сердца (ГБС) как факторов риска развития и рецидивирования ФП [4,6,7].

Цель исследования: показать значение ГБС в развитии острых форм ФП у женщин трудоспособного возраста.

Материал и методы

Проведен анализ анамнестических данных, клинико-функциональных исследований у 112 женщин, госпитализированных в городской аритмологический центр с острой формой ФП за период 2006 – 2010 годы. Критериями исключения из исследования являлись: возраст старше 55 лет, наличие клапанных пороков сердца, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, табакокурение, злоупотребление алкоголем. Средний возраст больных составил $51,8 \pm 3,3$ года (Min – 38; Max – 55; Me – 53). Диагнозы ГБ и ИБС верифицировались согласно Национальным клиническим рекомендациям (НКР) [4]. Наличие ИБС считалось достоверным у больных с типичной клинической картиной заболевания, инфарктом миокарда в анамнезе, с характерными изменениями на ЭКГ, положительным результатом функциональных нагрузочных проб и эхокардиографическими (Эхо-КГ) признаками локальной асинергии ЛЖ. Критериями ГБС были: гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), диастолическая дисфункция левого желудочка (ДД ЛЖ) и увеличение ЛП [5]. Диагностика ГЛЖ проводилась по критериям, указанным в НКР: признак Соколова – Лайона > 38 мм, Корнельское произведение > 2440 , индекс массы миокарда ЛЖ (ИММ ЛЖ) ≥ 109 г/м² [4]. Типы ГЛЖ определялись на основании формулы: $2 \times (ТЗС) / (КДР)$, где ТЗС – толщина задней стенки ЛЖ, КДР – конечный диастолический размер ЛЖ. При значении менее 0,42 тип ГЛЖ расценивался как эксцентрический, 0,42 и более – концентрический [4]. ДД ЛЖ оценивалась при ЭхоКГ-исследовании по критериям НКР, исходя из соотношения скорости раннего трансмитрального диастолического кровотока (Е) и максимальной скорости трансмитрального кровотока во время систолы предсердий (А) [4]. Дилатация полости ЛП оценивалась по критерию исследования LIFESTudy [12]. ЭхоКГ-исследования выполнялись на аппарате «VIVID-7» фирмы «GeneralElectric», Co.

Результаты исследования представлены как среднее значение и стандартное отклонение. В исследуемой выборке распределение параметров отличалось от нормального. В связи с этим использовались методы непараметрического статистического анализа. Сравнения между группами были выполнены с

использованием критерия Манна - Уитни (при сравнении двух выборок). Различие считалось достоверным при $P < 0,05$, когда вероятность различия превышала 95%. Обработка материалов исследования произведена с использованием программы «STATISTICA 6.0» Copyright © StatSoft, Inc. 1984-2001, USA. Проведенные исследования выполнены в соответствии с Хельсинкской декларацией (одобрено Этическим комитетом учреждения).

Результаты и обсуждение

В ходе исследования выявлено (табл. 1), что в качестве приоритетной причины развития ФП в анализируемых случаях фигурировала ИБС – 78,6% случаев (n=88). Далее следовали идиопатическая форма аритмии – 17,0% (n=19), ГБ – 2,7% (n=3) и кардиомиопатия сложного генеза – 1,8% (n=2). В то же время как сопутствующее заболевание диагноз ГБ был отмечен у 95,5% (n=107) госпитализированных лиц.

Таблица 1
Анализ основных причин развития фибрилляции предсердий у обследуемых

Причина ФП	n (%)	Сопутствующая ГБ n (%)
ИБС	88 (78,6)	86 (76,8)
Идиопатическая форма ФП	19 (16,9)	19 (16,9)
Гипертоническая болезнь	3 (2,7)	–
Кардиомиопатия сложного генеза	2 (1,8)	2 (1,8)
Всего...	112 (100)	107 (95,5)

При анализе анамнеза 88 пациенток с диагнозом ИБС на основании стандартных критериев наличие заболевания не было подтверждено в 78,4% (n=69) случаев. У лиц данной группы отсутствовали общепринятые клинические и инструментальные критерии коронарной болезни сердца.

О наличии у себя повышенного АД знали 95,3% (n=102) больных ГБ, длительность заболевания согласно анамнезу составила $7,5 \pm 1,9$ года (Min – 1; Max – 27; Me – 4,5). У 5 больных (4,5%) диагноз ГБ впервые был выставлен в стационаре.

В момент обращения за медицинской помощью (в территориальной поликлинике, на вызове скорой медицинской помощи) в данной группе пациентов кровяное давление было выше целевого: систолическое составило в среднем $150,1 \pm 20,8$ mmHg (Min – 110; Max – 210; Me – 150), диастолическое равнялось в среднем $93,6 \pm 12,5$ mmHg (Min – 70; Max – 120; Me – 90).

В группе больных, страдающих ГБ (n=109), в приемном отделении систолическое артериальное давление было $143,2 \pm 20,0$ mmHg (Min – 100; Max – 210; Me – 140), диастолическое $90,4 \pm 12,1$ mmHg (Min – 70; Max – 120; Me – 90).

Основные параметры ЭхоКГ-исследования госпитализированных лиц представлены в табл. 2.

Таблица 2
Основные эхокардиографические показатели у больных с фибрилляцией предсердий (M ± SD)

Эхокардиографический показатель	Больные без диастолической дисфункции и / или гипертрофии миокарда левого желудочка (n = 43)	Больные с диастолической дисфункции и / или гипертрофией миокарда левого желудочка (n = 69)
ЛП, мм (≤ 38)	3,52 ± 0,48	3,86 ± 0,5*
ЛП > 38 (n)	11	34
ИММ ЛЖ, г/м ² (≤ 109)	82,0 ± 13,9	117,9 ± 28,8*
ТМЖП, см (<1,1-1,2)	0,91 ± 0,11	1,07 ± 0,18*
ТЗС, см (<1,1-1,2)	0,87 ± 0,11	1,03 ± 0,18*
КДР, см (<5,5-6,0)	4,98 ± 0,37	5,05 ± 0,45
КДО, мл (53-146 ¹)	116,7 ± 21,1	116,1 ± 26,6
КСО, мл (40-65)	38,3 ± 10,9	39,2 ± 12,5
ФВ, % (> 50)	67,0 ± 7,1	65,7 ± 7,0

¹ в апикальной двукамерной позиции.

* Значение P < 0,05.

ТМЖП – толщина межжелудочковой перегородки.

КДО – конечный диастолический объем.

КСО – конечный систолический объем.

ФВ – фракция выброса.

Значимые различия выявлены по ряду ЭХОКГ-параметров. Диаметр ЛП, ИММ ЛЖ, ТМЖП, ТЗС у больных с ДД и/или ГЛЖ статистически значимо превышал аналогичный размер ЛП в группе без данных изменений. Увеличение размеров ЛП встречалось у части больных обеих групп.

В табл. 3 представлены данные выявленных на ЭхоКГ функциональных и структурных изменений сердца у 80 больных (71,4%). Изменения, характерные для ГБС, отмечались наиболее часто: концентрический тип ГЛЖ (64,3% случаев всех ГЛЖ) и ДД по 1-му типу (93,6% от всех выявленных ДД). Полученные данные согласуются с данными литературы [5].

Сведения об авторах статьи:

Андриянов Михаил Тимофеевич – ассистент кафедры безопасности жизнедеятельности, медицины катастроф, скорой и неотложной медицинской помощи ЧелГМА. Адрес: 454092, Челябинск, Воровского, 64. E-mail: andrianov1209@yandex.ru

Манойлов Александр Егорович – доцент кафедры безопасности жизнедеятельности, медицины катастроф, скорой и неотложной медицинской помощи ЧелГМА. Адрес: 454092, Челябинск, Воровского, 64.

Файзуллин Константин Рамилович – врач станции скорой и неотложной медицинской помощи ФГУЗ «Центральная медико-санитарная часть №15» ФМБА России. Адрес: г. Снежинск, ул. Дзержинского 13. корпус 7. E-mail: Fayzullin-KR@yandex.ru

Литвинова Наталья Геннадьевна – врач-кардиолог МУЗ Городская клиническая больница №4. Адрес: г. Челябинск, Победы пр., 376 В.

ЛИТЕРАТУРА

1. Джанашия, П.Х. Мерцательная аритмия: современные концепции и тактика лечения / П.Х. Джанашия, В.А. Назаренко, С.А. Николенко. – М.: РГМУ, 2001. – 107 с.
2. Кушаковский, М.С. Фибрилляция предсердий: причины, механизмы, клинические формы, лечение и профилактика / М.С. Кушаковский. – СПб.: ИКФ «Фолиант», 1999. – 176 с.
3. Миллер, О.Н. Причинно-следственные связи возникновения фибрилляции предсердий у больных артериальной гипертензией / О.Н. Миллер, Т.А. Бахметова, Т.А. Гусева [и др.] // Электронный ресурс – <http://www.incart.ru/article.jsp?id=10504>.
4. Национальные клинические рекомендации: сборник / под ред. Р.Г. Оганова. – 3-е изд. – М.: Изд-во «Силиция – Полиграф», 2010. – 592 с.
5. Оганов, Р.Г. Гипертоническое сердце / Р.Г. Оганов, Э.Г. Волкова, Е.А. Григоричева [и др.]. – М.: ООО «Компания БОРГЕС», 2008. – 212 с.
6. Рекомендации 2007 г. по лечению артериальной гипертензии. Рабочая группа по лечению артериальной гипертензии Европейского общества гипертензии (ESH) и Европейского кардиологического общества (ESC). – М., 2008. – 186 с.
7. Рекомендации Европейского общества кардиологов по диагностике и лечению фибрилляции предсердий (2010) // Рациональ-

Таблица 3
Функциональные и структурные изменения сердца у больных с фибрилляцией предсердий

Изменения сердца у больных с фибрилляцией предсердий	n	%
Проведено ЭхоКГ	112	100
Выявлены больные с изменениями сердца	80	71,4
Диастолическая дисфункция, всего	47	42,0
– диастолическая дисфункция по 1-му типу	44	93,6 ¹
– диастолическая дисфункция по 2-му типу	3	6,4 ¹
Гипертрофия левого желудочка, всего	42	37,5
– эксцентрическая	15	35,7 ²
– концентрическая	27	64,3 ²
Изменение диастолической функции и/или ГЛЖ	69	61,6
Изменение диастолической функции и ГЛЖ	16	14,3
Увеличение ЛП	45	40,2
Изменение диастолической функции, ГЛЖ и увеличение ЛП	11	9,8
Нет изменений сердца	32	28,6

¹ Процент от всех ДД.

² Процент от всех ГЛЖ.

Критерии соответствия ГБС [5] – ДД, ГЛЖ и увеличение ЛП были выявлены у 11 больных (9,8%), но у 10 из них был выставлен диагноз ИБС и назначена стандартная терапия.

Выводы

1. Установлено, что ИБС в качестве причины острых форм ФП была диагностирована без учета общепринятых клинико-инструментальных критериев у 69 больных (61,6% случаев).
2. Выявлена недооценка АГ и ГБС как возможных этиологических факторов развития ФП у женщин трудоспособного возраста, диагноз ГБС ретроспективно выставлен 10 больным (8,9%).
3. Полученные данные необходимо учитывать при лечебно-профилактических мероприятиях у женщин трудоспособного возраста, страдающих фибрилляцией предсердий, и акцентировать на них внимание врачей-терапевтов и кардиологов.

ная фармакология в кардиологии. – 2011. – Приложение к № 1-2. – С. 1- 68.

8. Alessic M. Electrical, contractile and structural remodeling during atrial fibrillation / M. Alessic, J. Ausma, U. Schjitten // J. Cardiovasc. Res. – 2002. – Vol. 54 – P. 230-246.
9. Benjamin E. Impact of atrial fibrillation on the risk of death. The Framingham Heart Study / E. Benjamin, P. Wolf, R. D. Agostino [et al.] // Circulation. – 1998. – Vol. 98/ – P. 30-33.
10. Coll-Vinent B. Treatment of atrial fibrillation at different levels of health care / B. Coll-Vinent, M. Junyent, J. Orus [et al.] // Med. Clin. – 2007. – Vol. 128, № 4. – P. 125–129.
11. Coumel P., Leclercq J.F., Attuel P., Paroxysmal atrial fibrillation. In : Kulbertus H.E., Olsson S.B., Schlepper M., eds. Atrial fibrillation. Kiruna, Sweden : Molndal ; 1982 : 158 – 75.
12. Gerds E. Correlates of left atrial size in hypertensive patients with left ventricular hypertrophy: the Losartan Intervention For Endpoint Reduction in Hypertension [LIFE] Study / E. Gerds, L. Oikarinen, V. Palmieri et al. // Hypertension. – 2002. – Vol. 39, №3. – P. 739-743.
13. Go A.S. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the Atrial Fibrillation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study / A.S. Go, E.M. Hylek, Y. Chang [et al.] // JAMA. – 2001. – Vol. 285. – P. 2370-2375.
14. Izzo Joseph L. Mechanisms and management of hypertensive heart disease: from left ventricular hypertrophy to heart failure / Joseph L. Izzo, Alan H. Gradman. // Med Clin N Am. – 2004. – Vol. 88. – P. 1257–1271.
15. Haney S. Diastolic heart failure: a review and primary care perspective / S. Haney, D. Sur, Z. Xu // J Am Board Fam Pract. - 2005. – Vol. 18(3). – P. 189.

УДК 616.9-097-022:633.75:616.8-009.68

© Л.Ю. Беспалова, 2012

Л.Ю. Беспалова

**СТРУКТУРА И ДИНАМИКА АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА
У ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ ПОСЛЕ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ**
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

Астения, считающаяся «неспецифическим», малоинформативным состоянием, у зависимых от опиоидов после присоединения ВИЧ-инфекции имеет определенную динамику и своеобразную структуру. Это позволяет выделить гиперстенический и гипостенический варианты астенического синдрома в зависимости от прогрессивности и тяжести опиоидной наркомании, осложненной ВИЧ-инфекцией.

Ключевые слова: астения, опиоиды, ВИЧ-инфекция.

L.Yu. Beshpalova

**STRUCTURE AND DYNAMICS OF ASTHENIC SYNDROME
IN HIV INFECTED DRUG ADDICTS**

Asthenia is considered a “non specific” hypoinformative condition of certain dynamics and peculiar structure in opioid-dependent individuals following HIV infection transmission. It ensures a possibility to reveal hypersthenic and hyposthenic variations of the syndrome depending on the progression and gravity of the opium addiction, complicated by HIV infection.

Key words: asthenia, opioid, HIV infection.

Рассматривание синдромальных особенностей болезни, развивающейся при хронической интоксикации опиоидами после присоединения ВИЧ-инфекции, основано на концепциях И.В. Давыдовского (1962) и А.В. Снежневского (1983) о синдромообразованиях. По мнению авторов, синдром, описываемый изолированно, выражает лишь один этап развития болезни, один отрезок ее патокинеза. Вместе с тем в каждом синдроме имеются особенности, дающие возможность отнести их к определенной нозологии. Любой синдром, даже самый простой и универсальный, к которому причисляется прежде всего астенический, не статичен, а более динамичен. Астенический синдром, представляющий собой патологически продуктивное образование, одновременно выступает в единстве с дефицитарными, негативными знаками, «минус-расстройствами». Нозологическая принадлежность синдрома обнаруживается в результате видоизменений клинической карти-

ны и течения заболевания.

Этот принцип деления психопатологических синдромов на позитивные и негативные и их взаимосвязь наглядно иллюстрирует астенический синдром у зависимых от опиоидов после присоединения ВИЧ-инфекции.

Несмотря на всеобщее утверждение, что астения является малоинформативным «неспецифическим» синдромом [6], в наших наблюдениях астенический симптомокомплекс имел свою сложную структуру и видоизменения, динамику, а также содержал определенную специфическую информацию, характерную для этого контингента пациентов.

Целью настоящего исследования является изучение структуры и динамики астенических расстройств у ВИЧ-инфицированных лиц, зависимых от опиоидов.

Материал и методы

Обследовано 228 пациентов с опиоидной зависимостью с 1,2,3-й стадиями заболевания (F11) после присоединения ВИЧ-инфекции