

том типа 2. Обследованным назначался К в суточной дозе $7,1 \pm 0,5$ мг/сут и β -адреноблокатор небиволол в средней дозе $4,6 \pm 0,2$ мг/сут. Клиническую и метаболическую эффективность 4-недельной курсовой терапии К оценивали по динамике коронарной недостаточности, по показателям липидного спектра, уровня глюкозы, гликозилированного гемоглобина (HbA_{1c}). Антигипертензивный эффект оценивали с помощью суточного мониторирования АД (СМАД) посредством портативных мониторов Astrocord (Россия).

Результаты. Антиангинальный эффект К проявился уменьшением частоты стенокардии на 39,6%, при этом недельная потребность в НТГ достоверно уменьшилась на 45,8%, этому сопутствовало увеличение физической толерантности на 22,8%. Качество жизни улучшилось на 13,3%. По данным СМАД среднесуточные значения САД достоверно уменьшились с $153,2 \pm 7,7$ до $133,6 \pm 6,8$ мм рт. ст., ДАД – с $87,9 \pm 4,4$ до $76,8 \pm 3,4$ мм рт. ст. Терапия К сопровождалась тенденцией к уменьшению уровня глюкозы.

Заключение. Таким образом, 4-недельная терапия К у больных ИБС в сочетании с АГ и СД сопровождалась достоверным антиангинальным антигипертензивным эффектами, а также отсутствием неблагоприятного влияния на углеводный и липидный обмены.

ФАКТОРЫ РИСКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Денисюк Д.О., Уразова Г.Е.,

Амурская государственная медицинская академия, (г. Благовещенск)

Актуальность. Мерцательная аритмия (МА) – широко распространенная форма сердечных аритмий, занимающая второе место после экстрасистолической аритмии. Пароксизмальная форма МА осложняет течение многих заболеваний сердца и, переходя в постоянную форму, существенно снижает качество жизни, и нередко является причиной потери трудоспособности, а иногда и смерти больных [2]. МА встречается у 2-5 % госпитальных больных, среди лиц старше 60 лет - у 2-14 %, а старше 75 лет - у 8-11 %. Как правило, мужчины болеют в 1,5-3,4 раза чаще женщин [1]. На сегодняшний день не существует единого подхода к пониманию роли различных этиологических факторов в генезе пароксизмов МА к состоянию и жизненным прогнозам больных, не определены четкие стандарты в лечении. Анализ литературы показывает, что МА обычно возникает при органической патологии сердца – ишемической болезни сердца (ИБС), митральном стенозе, тиреотоксикозе, кардиомиопатия и т.д. Очень часто авторы указывают на ожирение, как один из значимых факторов риска развития МА [3]. Широко дискутируется вопрос значения размеров предсердий, в частности левого, при проведении терапии купирующей МА. Исследования показывают, что при увеличении переднезаднего размера левого предсердия (ЛП) более чем на 40 мм, частота появлений МА возрастает с 3 до 54%, а более чем на 55 мм на 100% [1]. На сегодняшний день средствами первого выбора для восстановления синусового ритма считаются антиаритмические препараты I и III классов. Однако их эффективность с увеличением срока существования МА резко снижается и более предпочтительным считается электроимпульсная терапия (ЭИТ).

Цель: Определить зависимость эффективности ЭИТ от структурно-функциональных изменений ЛП и этиологических факторов МА.

Материалы и методы: На базе кардиохирургического центра Амурской государственной медицинской академии обследовано 47 пациентов - 34 мужчин (72,5 %) и 13 женщин (27,5 %) в возрасте от 29 до 63 лет с МА. Средняя продолжительность МА $22,7 \pm 3,7$ месяцев. Большинство пациентов были направлены из профильных лечебных учреждений при неуспешной попытке медикаментозного восстановления синусового ритма. При поступлении в стационар всем пациентам проводилось измерение основных антропометрических данных (рост, вес, индекс массы тела), ЭКГ, ЭХОкг. Всем больным с целью восстановления синусового ритма была проведена ЭИТ по общепринятой методике (Н.Л.Гурвич, 1957; А.И. Лукошевич, 1965; В.П. Радущкевич, 1966; А.Л.Сыркин с соавт., 1970).

Результаты: Наиболее частой причиной МА явилось - у 35 человек ИБС (74,5%), в 10 случаях хроническая ревматическая болезнь сердца (21,3%), постмиокардитический кар-

диосклероз и инфекционный эндокардит по 1 случаю (2,1%). 2/3 пациентов имело избыточную массу тела: ожирение 1 степени у 13 человек (27,7%), 2 степени – 17 человек (34,1%), 3 степени – 2 пациентов (4,3%). Результаты ЭХОкг исследования позволили выявить патологические изменения структур сердца и нарушения внутрисердечной гемодинамики, являющиеся патогенетическими факторами развития МА. Увеличение полости ЛП, которое ведет к снижению его сократительной способности и застою крови, связывают с повышенным риском тромбозов при МА. Дилатация полости ЛП наблюдалась у всех обследованных больных, его средний размер составил $44,3 \pm 0,06$ мм. Выявлены нарушения внутрисердечной гемодинамики в виде увеличения конечного систолического объема левого желудочка до $98,6 \pm 9$ мл и конечного диастолического объема — до $165,4 \pm 18$ мл при снижении ударного объема крови до $71,3 \pm 6,2$ мл. Отмечено также значительное уменьшение фракции выброса левого желудочка до $46,8 \pm 5,2\%$. Всем больным после соответствующей подготовки прямыми а/коагулянтами и антиаритмическими препаратами, с целью восстановления синусового ритма, была проведена ЭИТ. К преимуществам восстановления синусового ритма относятся повышение толерантности к физическим нагрузкам, при этом уменьшается риск тромбозов, отсутствие необходимости в контролируемой антикоагулянтной терапии, улучшение качества жизни больного. Положительный непосредственный эффект ЭИТ наблюдался у 45 больных или в 96% случаев, неэффективной ЭИТ оказалась у 2 больных (4%). Неэффективной ЭИТ оказалось у тех больных, где размер ЛП были более 50мм (табл.1).

Табл. 1 Эффективность электроимпульсной терапии у больных с мерцательной аритмией

	Продолжительность МА до 1года			Продолжительность МА от 1года до 5лет			Продолжительность МА более 5 лет		
	<40 мм	41-49 мм	> 50 мм	<40 мм	41-49 мм	>50 мм	<40 мм	41-49 мм	>50 мм
А	9	13	1	2	17	2	-	3	-
В	9	13	-	2	16	2	-	3	-
с 1 попытки	8	11	-	1	13	2	-	3	-
с 2 попытки	1	2	-	1	3	-	-	-	-
С	-	-	1	-	1	-	-	-	-

Примечание: А - общее количество больных, которым была проведена ЭИТ.

В - количество восстановлений синусового ритма

С – не эффективность ЭИТ.

Выводы. Наиболее частой причиной возникновения МА является ИБС. Ожирение является одним из факторов риска возникновения МА. Эффективность ЭИТ обусловлена не только длительностью МА, но и в большей мере состоянием ЛП, что подтверждается многими литературными данными.

Список литературы:

1. Егоров Д.Ф., Лещинский Л.А. Мерцательная аритмия: стратегия и тактика лечения на пороге 21 века.//Санкт-Петербург,1998.- 412с.
2. Кушаковский М.С. Фибрилляция предсердий.//Санкт-Петербург.1999.-174с.
3. Sumeray M., Steiner M., Sutton P., Treasure T. Age and obesity as risk factors in perioperative atrial fibrillation // Lancet. — 1988; 2: 448.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АУТОЛОГИЧНЫХ МОНОНУКЛЕАРНЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА В ДОПОЛНЕНИЕ К КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Дьякова М.Л., Кистенева И.В., Ахмедов Ш.Д.,

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН (г. Томск)

Введение. Регенеративная терапия с использованием трансплантации стволовых клеток (СК) в комплексе с современным медикаментозным и хирургическим лечением способна по