

**НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА
У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С
ПОВЫШЕННОЙ ДИСПЛАСТИЧЕСКОЙ
СТИГМАТИЗАЦИЕЙ**

Соединительная ткань повсеместно присутствует в организме. Этим объясняется разнообразие патологических процессов, связанных с ее дефектами, и повышенный интерес к проблеме коллагенопатий врачей самого разного профиля.

Наследственные заболевания соединительной ткани подразделяют на дифференцированные и недифференцированные соединительнотканые дисплазии. Дифференцированные дисплазии характеризуются определенным типом наследования и специфической клинической картиной, а в ряде случаев - установленными генными или биохимическими дефектами. Среди них наиболее известны и распространены несовершенный остеогенез, синдромы Элерса-Данлоса, Альпорта и Марфана. Недифференцированные дисплазии соединительной ткани распространены гораздо шире и диагностируются, когда у пациента набор фенотипов очень похож, но полностью не укладывается в клиническую картину перечисленных коллагенопатий. Они группируются в сходные по внешним и/или висцеральным признакам синдромы и фенотипы, идентифицировать которые молекулярно-генетическими методами затруднительно или невозможно. Именно их принято называть «дисплазиями соединительной ткани» (ДСТ).

На сегодняшний день четко определены семь наиболее распространенных и классифицированных синдромов и фенотипов, включенных в понятие ДСТ. Это пролапс митрального клапана, марфаноидная внешность, марфаноподобный фенотип, элерсоподобный фенотип, синдром гипермобильности суставов, синдромы со смешанным фенотипом, неклассифицируемый фенотип.

Пациенты с неклассифицируемым фенотипом, как и больные, имеющие пролапс митрального клапана, наиболее часто встречаются в клинической практике. Их нельзя отнести определенно ни к одной из вышеуказанных групп, но все они имеют увеличенное (от 3 до 6) число внешних и/или висцеральных признаков (стигм) дисплазии. В этом случае говорят о «повышенной диспластической стигматизации».

Под стигмами подразумевают внешние фены дисплазии, малые аномалии сердца (удлинение створок митрального клапана, легкий ПМК без признаков митральной регургитации), дистопию почек, висцероптоз, рефлюксную болезнь, рецидивирующий пневмоторакс, трахеобронхомегалию, варикозное расширение вен голени и др. Несмотря на их высокую распространенность среди населения (до 68,8%), распознаваемость малых недифференцированных форм ДСТ вследствие незнания ее стигм и их значения для диагностики не превышает 2,4%.

При сравнении протоколов эхокардиографии и холтеровского мониторирования пациентов клиники кардиохирургии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России с разными диагнозами по МКБ за несколько лет, оказалось, что 67,1% из них имели малые аномалии развития сердца (МАРС): дополнительную трабекулу левого желудочка, открытое овальное окно, пролапс митрального клапана, аневризматические выпячивания межпредсердной и межжелудочковой перегородок. Все они, помимо этого, страдали нарушениями сердечного ритма и проводимости, в том числе достаточно серьезными (желудочковой экстрасистолией высоких градаций, частыми наджелудочковыми экстрасистолами, пароксизмальными наджелудочковыми тахикардиями и др.).

В основе нарушений сердечного ритма и проводимости при недифференцированных дисплазиях соединительной ткани лежат аномалии структуры и функции проводящей системы сердца (дисфункция синусового узла и синоатриальной зоны, добавочные проводящие пути и межфасцикулярные соединения), а также гемодинамические нарушения, которые возникают при регургитации крови из-за пролапса клапанов. Кроме того, определенную роль играют характерные для этой патологии нарушения баланса электролитов (гипомагниемия, гипокалиемия). В патогенезе аритмий имеет значение и повышенный симпатический тонус и/или повышен-

Резюме В статье представлены результаты исследования, при котором проводилось сопоставление протоколов эхокардиографии и холтеровского мониторирования пациентов клиники кардиохирургии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России с разными диагнозами по МКБ за несколько лет. Полученные данные позволяют высказаться о необходимости расширения алгоритма профилактического обследования лиц с фенотипическими признаками синдрома дисплазии соединительной ткани, который должен включать эхокардиографию и холтеровское мониторирование.

Ключевые слова: синдром дисплазии соединительной ткани, эхокардиография, холтеровское мониторирование.

CARDIAC RHYTHM DISORDERS IN CARDIOLOGICAL PATIENTS WITH INCREASED DYSPLASTIC STIGMATIZATION

Yu.V. Vakhnenko, G.E. Urazova, V.A. Shaburov, A.N. Verevetin, FSBEI HE Amur State Medical Academy of the Russian Ministry of Health, Blagoveshchensk

Abstract The article presents the results of a study in which a comparison of the protocols of echocardiography and Holter monitoring of patients was made at the cardiac surgery clinic of the Amur State Medical Academy of the Russian Ministry of Health with different diagnoses for ICD for several years. The data obtained allow us to speak about the need to expand the algorithm of preventive examination of persons with phenotypic signs of connective tissue dysplasia syndrome, which should include echocardiography and Holter monitoring.

Key words: connective tissue dysplasia syndrome, echocardiography, Holter monitoring.

ная симпатическая реактивность этого контингента больных, для которых характерна вегетососудистая дистония.

В настоящее время наиболее обоснованным является представление о мультифакторном, полигенном наследовании врожденных аномалий развития, в том числе, МАРС. Не вызывает сомнения, что генетический статус человека определяет его фенотипические особенности, которые постоянны на протяжении всей жизни и могут служить маркерами высокого риска той или иной патологии и даже ее ранними признаками. Современные иммуногистохимические и молекулярно-генетические исследования далеко не всегда доступны практическому врачу, поэтому знание клинических и фенотипических признаков болезни является особенно важным.

Поэтому всем перечисленным пациентам было проведено фенотипическое обследование. Оказалось, что в группе больных с МАРС (I группа) чаще, чем в группе пациентов без этих аномалий (II группа), выявлялись прогнатия, прогения, открытый передний прикус, плоское нёбо, эпикант, телекант, гипотелоризм, особенности внешнего вида ушей, шеи, кистей и стоп, килевидная грудная клетка, наличие гипермобильности суставов и другие. Помимо этого, в I группе больных с более высокой частотой регистрировались особенности дерматоглифического рисунка.

Полученные данные позволяют говорить о необходимости расширения алгоритма профилактического обследования лиц с фенотипическими признаками синдрома дисплазии соединительной ткани, который должен включать эхокардиографию и холтеровское мониторирование. Это будет способствовать своевременной диагностике кардиальной патологии и улучшению прогноза и качества жизни этих больных, в том числе при помощи патогенетической метаболической терапии.

Статья поступила в редакцию 17.04.2018

Координаты для связи

Вахненко Юлия Викторовна, к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии с курсом фармакологии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России. E-mail: gen-45@rambler.ru

Уразова Галина Евгеньевна, к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии с курсом фармакологии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России.

Шабуров Василий Аркадьевич, врач функциональной диагностики Клиники кардиохирургии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России.

Вереветинов Артем Николаевич, врач рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения, сердечно-сосудистый хирург Клиники кардиохирургии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России.

Почтовый адрес ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России: 675000, г. Благовещенск, ул. Горького, 95. E-mail: science.prorector@AmurSMA.su

УДК 616-073.65+617-089 DOI

В.Н. Волошин, А.Э. Клецкин, Л.Н. Корзина

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России
г. Нижний Новгород

ВОЗМОЖНОСТИ РАДИОТЕРМОМЕТРИИ ПРИ ВЫБОРЕ УРОВНЯ АМПУТАЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ И СПОСОБА ЕЕ ВЫПОЛНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Актуальность проблемы обусловлена высокой частотой ампутаций нижних конечностей, большим количеством послеоперационных осложнений и летальных исходов у больных с хронической артериальной недостаточностью (ХАН) III-IV степени.

Цель исследования. Разработка и применение оптимального метода определения уровня ампутации и способов ее выполнения.

Задачи исследования. Оценить возможность радиотермометрии для реализации вышеуказанной цели.

Материалы и методы. В ходе проведенных исследований нами был предложен, разработан и запатентован «Способ определения показаний для выбора уровня ампутации и формы кожно-фасциально-мышечного лоскута при ампутации нижней конечности» (Патент РФ № 1836926).

Радиотермометрия – измерение температуры внутренних органов в глубинных тканях человека неинвазивным методом по собственному тепловому радиозлучению этих органов. Радиотермометрия выполнена у 60 практически здоровых лиц, средний возраст $24 \pm 2,3$ года, и 132 больных с облитерирующим атеросклерозом аорты и магистральных артерий. Измерение глубинной температуры производилось в 12 симметричных точках нижних конечностей от паха до пятки в состоянии покоя и положении больного на спине в течение 6–8 минут.

Впервые применяя радиотермометрию с целью определения уровня ампутации, мы исходили из положения, что, чем ближе глубинная температура пораженной конечности к нормальной, тем больше шансов для успешного заживления раны при ампутации на данном сегменте конечности. Анализируя данные радиотермометрии с исходами заживления ран после ампутации, было выявлено, что заживление раны культи после ампутации на уровне голени наступало при глубинной температуре в средней трети голени в пределах $32,4^\circ - 33^\circ\text{C}$. Данные радиотермометрии не позволяют определить уровень поражения артериальной системы, но они

Резюме В статье описывается разработка и применение оптимального метода определения уровня ампутации нижней конечности и способов ее выполнения, а также дается оценка возможностей радиотермометрии для реализации вышеуказанной цели.

Ключевые слова: радиотермометрия, ампутация, нижняя конечность.

Амурский медицинский журнал №3 (23) 2018