ТҮЙІН

З.С. ХАЙРУЛЛИНА, Ж.Ж. СҮЙІНТАЕВА, Н.А. ӘЛІМБАЕВА, Р.Ж. ЖҰМАНИЯЗ

БАЛАЛАРДАҒЫ АЛЛЕРГИЯЛЫҚ РЕНИТ ТЕРАПИЯСЫ КЕЗІНДЕГІ ЛОВАНИКТІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ТИІМДІЛІГІ

Облыстық аллергология орталығы,
Ақтөбе филиалы, теміржол ауруханасының «Медициналық тасымал қызметі» АҚ, Ақтөбе қаласы

Мақала авторларының алған зерттеу нәтижелері лованиктің балалардың аллергиялық ринитін емдеу кезінде жоғарғы тиімділік көрсететіні бар препарат екендігін дәлелдейді.

SUMMARY

Z.S. KHAIRULLINA ZH. ZH. SUINTAYEVA, N.A. ALIMBAYEVA, R.ZH. ZHUMANIYAZ

CLINICAL EFFICIENCY OF LOVANIK IN TREATMENT OF ALLERGIC RHINITIS IN CHILDREN

Regional allergologic center, Aktyubinsk branch,
OS «Medical service of transport» of hospital attached to the railway service, Aktobe city

The received results of investigation showed that lovanik was the preparation having high clinical efficiency in treatment of allergic rhinitis in children.

Ш.И. МАРАСУЛОВ, С.В. ГОРБАЧЕВСКИЙ, Н.С. ТЛЕПОВ, Б.Ж. КАСЫМОВ, О.С. САХОВ, Т.Б. КАЛИЕВ, И.Х. БЕБЕЗОВ, М.А. ТУРЕБЕКОВ

ПРЕДСЕРДНЫЕ ТАХИАРИТМИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТОМ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ В ВОЗРАСТЕ 40 И БОЛЕЕ ЛЕТ

Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН, г. Москва,
Западно-Казахстанская государственная медицинская академия имени Марата Оспанова, г. Актобе

Актуальность. Дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) – один из самых распространенных врожденных пороков сердца (ВПС) [1]. По частоте встречаемости он составляет 30-40 % от числа всех случаев ВПС, обнаруживаемых у взрослых пациентов [2]. Хотя клиническое течение у большинства является бессимптомным, у возрастных пациентов вследствие длительной объемной перегрузки правых отделов сердца и левого предсердия (ЛП) происходит изменение электрофизиологических свойств ЛП и правого предсердия (ПП) [3]. Помимо этого происходит нарастание критической массы миокарда предсердий вследствие развития ее гипертрофии и увеличения площади. Подобные изменения приводят к увеличению риска возникновения вторичных нарушений ритма сердца. Немаловажную роль играет наличие анатомического субстрата в легочных венах (ЛВ) – мышечных муфт - в генезе аритмии [4]. Преимущественно это пароксизмы тахиаритмии, ухудшающие сердечную гемодинамику, приводящую к уменьшению толерантности к физическим нагрузкам и, в конечном счете, к прогрессированию сердечной недостаточности (СН) [2, 7-11, 13]. Среди тахиаритмий наиболее значимыми и частыми видами являются фибрилляция и трепетание предсердий. Сочетание ДМПП с указанными выше нарушениями ритма сердца не только ухудшает качество жизни больных, но и значительно усугубляет естественное течение порока,

приводит к быстрой декомпенсации кровообращения и является фактором риска увеличения летальности в интра - и послеоперационном периоде [2].

В НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН накоплен большой клинический материал, требующий анализа.

Цель исследования - изучение характера нарушения ритма сердца и его влияние на результаты операции радикальной коррекции ДМПП у больных старше 40 лет.

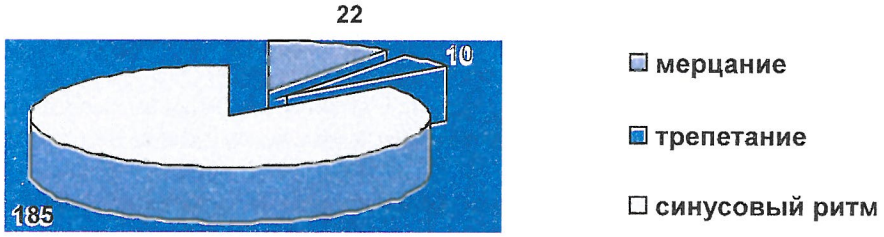
Материалы и методы исследования. Проанализирован клинический материал 217 пациентов с ДМПП старше 40 лет, прооперированных с 1980 по 2006 годы. Пациентов мужского пола было 50, лиц женского пола - 167. Средний возраст - 47,86,3 (от 40 до 68) лет.

Исходно пациенты подверглись общеклиническим методам исследования, эхокардиографии (ЭхоКГ) и ангиокардиографии (АКГ).

Пациенты были распределены на 3 группы. В группу I были включены больные с постоянной формой фибрилляции предсердий. Таковых было 22 (10,1 %) пациента в возрасте от 40 до 68 (в среднем 48,17) лет. Группа II состояла из 10 (4,6 %) пациентов в возрасте от 44 до 60 лет (в среднем 51,84,7), у которых выявлена постоянная форма трепетания предсердий. В группу III вошли 185 (85,3 %) больных в возрасте от 40 до 65 лет (в среднем 47,15,9) с исходно синусовым ритмом сердца с эпизодами пароксизма мерцания и трепетания предсердий. На диаграмме 1 наглядно представлены данные.

Диаграмма 1

Распределение больных на группы



Данные были проанализированы с использованием пакета статистических программ (Excel, Statistica 6). Статистическое значение достоверности было выведено в $p<0.05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Исходное клиническое состояние пациентов оценено в соответствии с классификацией Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (NYHA) (таблица 1).

Таблица 1

Распределение больных по функциональному классу (NYHA)

Группы	I ФК	II ФК	III ФК	IV ФК
I гр. n =22	-	6 (27,3 %)	9 (40,9%)	7 (31,8%)
II гр. n=10	-	4 (40%)	4 (40%)	2 (20%)
III гр. n=185	-	133 (71,9%)	48 (25,9%)	4 (2,2%)

В группах I и II более половины пациентов находились в III-IV ФК. Однако корреляционный анализ показал слабую зависимость (r`= 0,399) частоты нарушения ритма сердца пациента от его дооперационного функционального статуса.

Линейные размеры атриовентрикулярных (АВ) клапанов сердца в группах до оперативного вмешательства представлены в таблице 2.

Таблица 2

Линейные размеры (мм) АВ клапанов сердца в группах

Клапан	I группа n=22	II группа n=10	III группа n=185	P_{1-2}	P_{1-3}	P_{2-3}
ТК	32-70 (44,4±6,1)	36-50 (45,3±5,3)	25-60 (41,9±5,3)	NS	<0,05	<0,05
МК	24-49 (33,3±6,3)	30-41 (35±4,5)	23-37 (29,4±3,7)	NS	<0,001	<0,001

Сопоставляя полученные данные, нами установлено, что у пациентов с исходным синусовым ритмом линейные размеры АВ клапанов сердца достоверно меньше таковых у пациентов со сложными нарушениями ритма сердца.

Исходные объемные показатели сердца, индексированные к поверхности тела, а также линейные размеры предсердий в группах представлены в таблице 3.

Таблица 3

Исходные объемные и линейные показатели отделов сердца в группах

Признаки	I группа n=22	II группа n=10	III группа n=185	P_{1-2}	P_{1-3}	P_{2-3}
КДО ПЖ (мл\м^2)	65-113 (86,6±12)	63-97 (82,9±11)	45-113 (77,2±13)	NS	<0,01	NS
Диаметр ПП (мм)	45-96 (57,1±7,5)	55-80 (62,1±7,3)	40-67 (51,6±4,5)	0,08	<0,001	<0,001
Диаметр ЛП (мм)	34-70 (46,8±9,2)	50-70 (56,5±5,9)	29-59 (40,5±5,9)	<0,01	<0,001	<0,001

Средние показатели КДО ПЖ превышали нормальные величины во всех группах, при этом имели тенденцию увеличения у пациентов с нарушением ритма сердца. Линейные размеры предсердий также больше у пациентов с нарушением ритма сердца, что подтверждает выводы J.B. Morton о причинно-следственной связи между хроническим перерастяжением предсердий (atrial stretch) и возникновением структурного и электрического ремоделирования предсердий при ДМПП [17].

Проведен корреляционный анализ между частотой развития мерцания и/или трепетания предсердий и линейными размерами полостей сердца, а также возрастом пациента (таблица 4).

Таблица 4

Корреляционная зависимость частоты мерцания и трепетания предсердий от возраста пациента и линейных размеров полостей сердца

Признаки	Размер ЛП	Размер ПП	ФК ТК	НТК	Возраст пациента
Частота мерцания/трепетания	**0,598**	**0,561**	0,271	0,279	0,249

Корреляционный анализ показал прямую зависимость частоты мерцания и/или трепетания предсердий от линейных размеров предсердий.

Показатели центральной гемодинамики представлены в таблице 5.

Таблица 5

Исходные показатели гемодинамики МКК

Показатели	Группа I	Группа II	Группа III	P_{1-2}	P_{1-3}	P_{2-3}
$ДЛА_{сист.}$	44,2±13	45,4±10	42,4±10,9	NS	NS	NS
ЛГ (%)	36±12	36±9	35±10	NS	NS	NS
ОЛС* (ед. Вуда)	4,7±1,9	4,46±1,6	4,54±1,84	NS	NS	NS
ОЛС/ОПС**	0,27±0,14	0,23±0,15	0,25±0,14	NS	NS	NS
СИМКК/СИБКК	2,43±0,12	2,5±0,2	2,47±0,79	NS	NS	NS

Примечание: * – общелегочное сопротивление; ** - общperiферическое сопротивление.

По всем основным показателям гемодинамики малого круга кровообращения (МКК) различий между группами не выявлено, что можно объяснить малой выборкой пациентов группы I и II.

Оперативное вмешательство (объем, вид). Методика и объем оперативного вмешательства зависели от размера и расположения дефекта, наличия сопутствующей патологии (НТК, сложных нарушений ритма сердца, коронарной патологии) (таблица 6).

Необходимо отметить, что у 13 (7 %) пациентов группы III в анамнезе были эпизоды пароксизмальной формы фибрилляции предсердий, из них у 8 (4,3 %) пациентов при проведении ЭФИ данные подтвердились. Только в этой группе мы наблюдаем использование эндоваскулярного метода закрытия ДМПП, и то всего у 17 (9,2 %) пациентов.

Таблица 6

Объем и вид оперативного вмешательства

Вид вмешательства	группа I n=22	группа II n=10	группа III n=185
Закрытие ДМПП в условиях ИК*	22 (100%)	10 (100%)	168 (90,8%)
Закрытие ДМПП окклюдером	-	-	17 (9,2%)
Криоизоляция АВ узла и криодеструкция правого перешейка	3 (13,6%)	3 (30%)	4 (2,2%)
Пластика ТК	7 (31,8%)	3 (30%)	27 (14,6%)
Пластика МК	1 (4,5%)	2 (20%)	1 (0,54%)
Криодеструкция АВ узла с имплантацией постоянного ЭКС	4 (18,2%)	-	1 (0,54%)
МКШ и АКШ ПМЖВ	-	-	2 (1,1%)
ЭФИ** РЧА правого перешейка	-	3 (30%)	3 (1,6%)
Лазерная изоляция ЛП	-	1 (10%)	-
Лазерная изоляция АВ узла и ПП	2 (9,1%)		

Примечание: * - искусственное кровообращение; ** - электрофизиологическое исследование.

В группах I и II мы наблюдали значительное увеличение доли пластических операций на ТК и МК, не говоря уже о различных методиках изоляции АВ узла, ПП и ЛП.

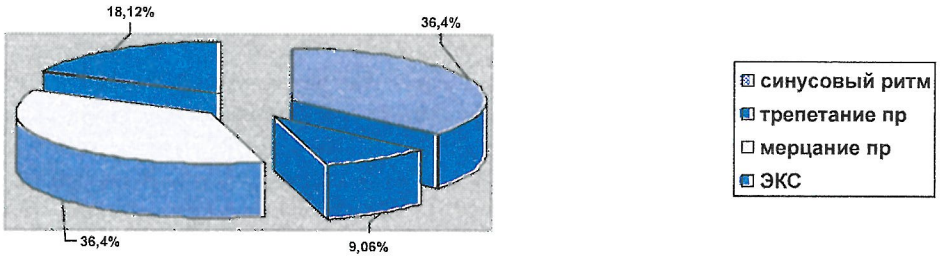
В группе I высока доля (18,2 %) пациентов, которым потребовалась имплантация постоянного ЭКС.

В целом, сочетанные операции (коррекция ДМПП и сложных нарушений ритма сердца) выполнялись у 24 (11 %) больных.

Нарушения ритма и проводимости сердца в послеоперационном периоде. В группе I из 22 пациентов с исходной хронической фибрилляцией предсердий у 8 (36,4 %) больных к моменту выписки был синусовый ритм, у 2 (9,06 %) – нормоформа трепетания предсердий, у 8 (36,4 %) больных сохранилось мерцание предсердий и 4 (18,12 %) пациентам имплантирован постоянный ЭКС. Данные на диаграмме 2.

Диаграмма 2

Характер ритма сердца у больных группы I в послеоперационном периоде

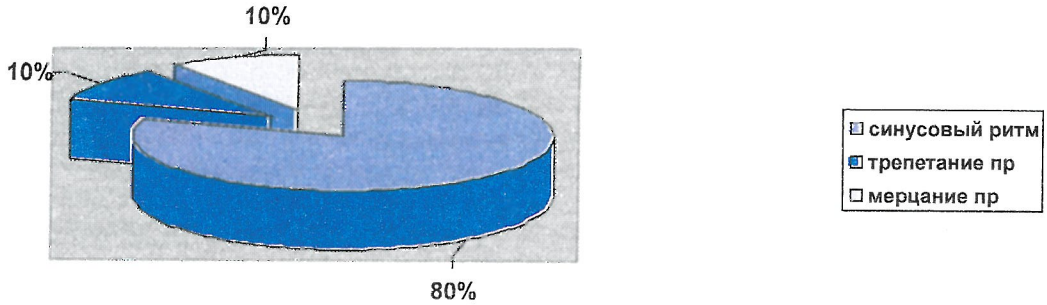


Таким образом, 10 (45,5 %) пациентов выписаны с некоррегированным мерцанием и трепетанием предсердий в группе I.

В группе II из 10 пациентов с исходным трепетанием предсердий у 8 (80 %) больных к моменту выписки был синусовый ритм, у 1 (10 %) – мерцание и еще у 1 (10 %) – трепетание предсердий. Данные на диаграмме 3.

Диаграмма 3

Характер ритма сердца у больных группы II в послеоперационном периоде

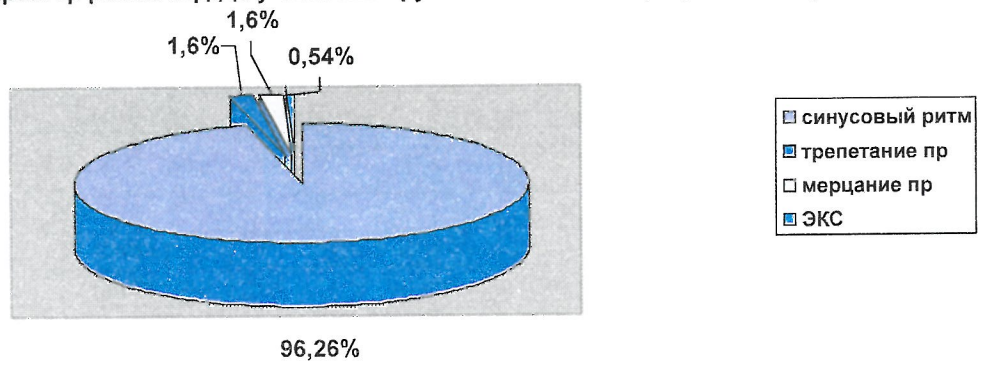


Таким образом, в группе II с некоррегированным мерцанием и трепетанием предсердий выписано 2 (20 %) пациентов.

В группе III из 185 пациентов с исходно синусовым ритмом у 3 (1,6 %) больных к моменту выписки наблюдалось мерцание предсердий, у 3 (1,6 %) пациентов – трепетание предсердий и 1 (0,54 %) больному имплантирован постоянный ЭКС. Данные на диаграмме 4.

Диаграмма 4

Характер ритма сердца у больных группы III в послеоперационном периоде



Таким образом, в группе III с вновь возникшим и не поддавшимся коррекции мерцанием и трепетанием предсердий, выписано 6 (3,2) пациентов.

В группе I при выписке практически все больные получали антиаритмические препараты (ААП), при этом 2-м больным синусовый ритм был восстановлен чреспищеводной стимуляцией (ЧПС) предсердий или электроимпульсной терапией (ЭИТ). Во II-ой группе при выписке также все пациенты получали ААП, при этом 3-м больным для восстановления синусового ритма потребовалась ЧПС предсердий или ЭИТ. В III-ей группе ААП получали 45 (24,3 %) больных, при этом синусовый ритм в послеоперационном периоде восстанавливался при помощи ЧПС или ЭИТ у 11 (%) больных.

Госпитальная летальность и ее причины. В группе I на госпитальном этапе летальных случаев не было. Однако после выписки из стационара через месяц погибла при невыясненных обстоятельствах 1 (4,5 %) пациентка. Данной пациентке после пластики ДМПП и ТК вторым этапом выполнена РЧА правого перешейка по поводу трепетания предсердий и имплантирован постоянный ЭКС в связи с синдромом слабости синусового узла (СССУ). Больная выписана в удовлетворительном состоянии. Причина смерти не установлена.

В группе II на госпитальном этапе погиб 1 (10 %) больной: после экстубации возникла аспирация дыхательных путей, приведшая к острой дыхательной недостаточности (ОДН), отеку головного мозга и ОСН.

В группе III госпитальная летальность составила 1,6 % (3 случая). В одном случае во время оперативного вмешательства произошло повреждение ВПВ с последующим развитием отека головного мозга и ОСН. Во втором случае превышены показания к оперативному лечению – остаточная ЛГ привела к ОСН. Еще один пациент погиб на 5-е сутки после операции от ОДН и ОСН на фоне сложных нарушений ритма сердца. А также установлено, что еще 1 пациентка погибла через 2 месяца после выписки из стационара от ОСН, обусловленной тампонадой сердца.

Таким образом, по причине нарушения ритма сердца на госпитальном этапе погиб 1 (0,5 %) пациент.

Обсуждение. Хирургическая коррекция все еще остается основным методом лечения ДМПП. Roos-Hesselink J.W. с соавторами (2003), Swan L. и Gatzoulis M. (2003) заявляют, что раннее закрытие ДМПП - ключ к предотвращению последующей аритмии, один из самых грозных осложнений при данном пороке сердца [14, 15].

В нашем исследовании уже исходно у 32 (14,7 %) пациентов наблюдались хроническая форма фибрилляции и трепетания предсердий, еще у 13 (6 %) больных наблюдались пароксизмы мерцания и/или трепетания предсердий. По данным Oliver J.M. at al. (2002), отмечена корреляционная зависимость частоты фибрилляции/трепетания предсердий от возраста пациента, размера ЛП и недостаточности МК и ТК [16]. Нами же выявлена корреляционная зависимость частоты мерцания/трепетания предсердий от линейных размеров ЛП и ПП (r= 598 и r= 561, соответственно) и получена слабая зависимость частоты мерцания/трепетания предсердий от ФК ТК (r= 271), недостаточности ТК (r= 279) и возраста пациентов (r= 249).

При естественном течении порока у взрослых пациентов характерное хроническое повышение давления в ПП увеличивает риск возникновения фибрилляции предсердий и сохранение его после закрытия ДМПП [12]. Berger F. (2005) считает, что с увеличением возраста пациента и длительности тахиаритмий, шансы на восстановление синусового ритма уменьшаются. Также, по его данным, прогнозы при фибрилляции и трепетании предсердий существенно разнятся. При дооперационном трепетании предсердий синусовый ритм восстанавливался в 55 % случаев, а при фибрилляции предсердий – в 12 % случаев [6]. Вероятно, к этому времени в миокарде предсердий уже происходят необратимые структурные и электрофизиологические изменения [5]. Полученные нами результаты подтверждают эти данные. В группе с фибрилляцией предсердий синусовый ритм удалось восстановить у 36,4 % больных, а в группе с трепетанием предсердий – у 80 % пациентов.

Необходимо отметить, что у 13 (7 %) пациентов группы III в анамнезе были эпизоды пароксизмальной формы фибрилляции предсердий, из них у 8 (4,3 %) пациентов при проведении ЭФИ данные подтвердились. В группе III из 185 пациентов с исходно синусовым ритмом у 3 (1,6 %) больных к моменту выписки наблюдалось мерцание предсердий, у 3 (1,6 %) пациентов – трепетание предсердий. Таким образом, в группе III с вновь возникшим и не поддавшимся коррекции мерцанием/трепетанием предсердий выписано 6 (3,2 %) пациентов. Помимо этого в III-ей группе ААП получали 45 (24,3 %) больных, при этом синусовый ритм в послеоперационном периоде восстанавливался при помощи ЧПС или ЭИТ у 11 больных.

Госпитальная летальность всего составила 1,8 % (4 случая), летальность по причине сложных нарушений ритма сердца - 0,5 % (1 больной).

Выводы. Длительность существования ДМПП определяет степень увеличения объемных показателей и линейных размеров полостей сердца, частоту возникновения сложных нарушений ритма сердца.

1. Частота фибрилляции и трепетания предсердий имеет прямую зависимость от линейных размеров предсердий у больных с ДМПП.
2. Частота вновь возникшего устойчивого мерцания и/или трепетания предсердий в послеоперационном периоде составила 3,2 %.
3. Госпитальная летальность при коррекции ДМПП у больных старше 40 лет составила 1,8 %, по причине сложных нарушений ритма сердца - 0,5 %.

Литература:

1. Белоконь Н.А., Подзолков В.П. Врожденные пороки сердца. - Москва: «Медицина». -1991.- С. 79-82.
2. Бокерия Л.А., Голухова Е.З., Гегечкори Н.Р., Дадашева М.А., Чигогидзе Н.А., Соболев А.В., Какучая Т.Т. Особенности аритмий у взрослых больных с дефектом межпредсердной перегородки и методы лечения // Анналы аритмологии. - 2007. - № 3.- С. 5-12.
3. Бокерия Л.А., Голухова Е.З., Кочладзе Н.Г., Макаренко В.Н., Александрова С.А., Серов Р.А., Машина Т.В., Джитава Т.Г., Какучая Т.Т. Маркеры ремоделирования предсердий у пациентов с мерцательной аритмией // Бюллетень НЦССХ им. Бакулева РАМН. - 2004. - Т. 5.- № 3.- С. 195-201.
4. Ревишвили А.Ш., Серов Р.А., Имнадзе Г.Г., Бокерия Л.А. Новые представления об анатомическом субстрате, электрофизиологических механизмах фибрилляции предсердий и результаты интервенционного лечения // Вестник Российской АМН. - 2005. - № 4. - С.38-47.
5. Berger F., Vogel M. et al. Arrhythmias in patients with surgically treated atrial septal defects // Swiss. Med. Wkiy. - 2005. - V.135. - P.175-178.
6. Berger F., Ewert P., Bjornstad P.G. et al. Transcatheter closure as standard treatment for most interatrial defects: experence in 200 patients treated with the Amplatzer septal occluder// Cardiol. Young. - 1999. - V.9. - P.468-473.
7. Donit A, Bonvicini M, Placci A, et al: Surgical treatment of secundum atrial septal defect in patients older than fifty years // Ital Heart J. - 2001. - V.2. - P.428.
8. Gatzoulis M., Redington A., Somerville J., Shore D. Should atrial septal defects in adults be closed? // Ann. Thorac. Surg. - 1996. - V. 61. - P.657.
9. Jemielity M, Dyszkiewicz W, Paluszkiewicz L, et al: Do patients over forty years of age benefit from surgical closure of atrial septal defects? // Heart. - 2001. - V. 85. - P. 300.
10. Landzberg M. Closure of atrial septal defects in adult patients: justification of the «tipping point» // J. Interven. Cardiol. - 2001. - V. 14. - P. 267.
11. Moodie D., Sterba R. Long-term outcomes excellent for atrial septal defect repair in adults. Cleve // Clin. J. Med. - 2000. - V. 67. - P. 591.
12. Murphy J.G. at al. Long-term outcome after surgical repair of isolated ASD follow-up at 27 to 32 years //

N.Engl. J. Med. – 1990. - V. 323. - P. 1645-1650.
13. Perloff J: Surgical closure of atrial septal defect in adults // N. Engl. J. Med. - 1995. - V. 8. - P. 513.
14. Roos-Hesselink JW, Meijboom FJ, Spitaels SEC, et al. Excellent survival and low incidence of arrhythmias, stroke and heart failure long-term after surgical ASD closure at young age (a prospective follow-up study of 21–33 years) // Eur. Heart J. - 2003. - V. 24. - P. 190-197.
15. Swan L., Gatzoulis M.A. Closure of atrial septal defects: is the debate over? // European Heart Journal. - 2003. - V. 24. - № 2. - P. 130-132.
16. Oliver J.M., Gallego P., Gonzalez A. et al. Predisposing conditions for atrial fibrillation in atrial septal defect with and without operative closure // Amer. J. Cardiol. - 2002. - V. 89. - P. 39-43.
17. Morton J.B., Sanders P., Vohra J.K. et al. Effect of Chronic right atrial stretch on atrial electrical remodeling in patients with an atrial septal defect // Circulation. - 2003. - V. 107. - P. 1775.

ТҮЙІН

Ш.И. МАРАСУЛОВ, С.В. ГОРБАЧЕВСКИЙ, Н.С. ТЛЕПОВ, Б.Ж. ҚАСЫМОВ, О.С. САХОВ, Т.Б. ҚАЛИЕВ, И.Х. БЕБЕЗОВ, М.А. ТӨРЕБЕКОВ

ЖАСЫ 40-ТАН АСҚАН АУРУЛАРДЫҢ ЖҮРЕКТІҢ ЫРҒАҚАРАЛЫҚ ҚОЛҚА АЛДЫНЫҢ КҮРДЕЛІ БҰЗЫЛУЛАРЫ

РМҒА А.Н. Бакулев атындағы жүрек-қан тамыр хирургиясының ғылыми орталығы, Мәскеу қаласы
Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина академиясы, Ақтөбе қаласы

Жасы 40-тан асқан ЖАҚА аурулардың радикал түзетулері, жүрек ырғақ бұзылуларының жасалуы және операция нәтижесіне оның ықпалы зерттелген.

Материал талдау көрсеткіші, топтарда жүректегі бұзылулармен күрделі ырғақтар жеткіліксіз, көбірек дәрежеде қуыстардың кеңейтулері және жүрек көлемді көрсеткіштерінің артуының, жиілік жыпылықтау коррегирлік емес жоғарырақ немесе операциядан кейінгі жүрекшелердің дірілдеуінің негізін көрсетті.

SUMMARY

SH.I. MARASULOV, C.V. GORBACHEVSKY, N.S. TLEPOV, B.ZH. KASYMOV, O.S. SAKHOV, T.B. KALIYEV, I.KH. BEBEZOV, M.A. TUREBEKOV

PRECARDIAC TACHYOARRHYTHMIA IN PATIENTS WITH INTERCARDIAC SEPTUM DEFECT AT THE AGE OF 40 AND OVER

Scientific center of cardiovascular surgery named after A.N. Bakulev of Russian academy of Medical Sciences, Moscow city,
West Kazakhstan Marat Ospanov state medical academy, Aktobe city

The characteristics of heart rhythm pathology and its effect on the operation of radical correction ASD of patients over 40 has been studied. It was shown that patients with pathological defect rhythm, severe heart insufficiency with severe widening of cardiac cavities and increased volume indicators had a high frequency of incorrection of these heart arhythmias.