

Таблица 2

	I группа (n=14)	II группа (n=15)
КДР, см	6,1	5,4
КСР, см	4,6	3,4

намики и возникновением желудочковых тахикардий у больных с постинфарктным кардиосклерозом.

В исследовании А.Н. Кафтан и соавт. [12], была отмечена взаимосвязь изменений показателей вариабельности ритма сердца, увеличенного индекса массы миокарда (ИММ ЛЖ), удлинённого интервала QTс и увеличенной дисперсии QTс с желудочковыми аритмиями (ЖА) высоких градаций по Лауну.

При анализе изменения величин интервалов QTс, d QTс и d QT в зависимости от показателей внутрисердечной гемодинамики, сократительной способности миокарда левого желудочка, диастолической дисфункции ЛЖ нами выявлено увеличение конечно-диастолического размера (КДР) и конечно-систолического размера (КСР) левого желудочка сердца у 71% пациентов с ФВ меньше 55% и у 20% пациентов с ФВ больше 50% (табл. 2). Величины интервала QTс и его дисперсии были выше в группе больных с уве-

личенными КДР по сравнению с показателями у больных, имеющих КДР в пределах нормы.

Выводы: 1. Нарушения внутрисердечной гемодинамики отмечались у пациентов с увеличением величин интервала QT и его дисперсии.

2. Желудочковые аритмии выявлялись чаще у больных с постинфарктным кардиосклерозом с увеличением величин QT и его дисперсии.

Литература

1. Кушаковский М.С. Аритмии сердца: Нарушение сердечного ритма и проводимости. - СПб., 1998.
2. Кушаковский М.С. Аритмии и блокады сердца. Атлас электрокардиографии. - СПб., 1981.
3. Макаров А.М., Чупрова С.Н., Киселева И.И. Сравнение способов измерения интервала Q-T и их клиническое значение // Там же. - 2005. - № 4. - С. 71-73.
4. Пархоменко А.Н., Иркин О.И., Брыль Ж.В. и др. Увеличение дисперсии интервала Q-T у больных острым инфарктом // Там же. - 2000. - №8. - С. 24-29.
5. Пархоменко А.Н., Иркин О.И., Шумаков А.В. Интервал Q-T ЭКГ: значение его дисперсии в качестве маркера аритмогенеза // Кардиология. - 2001. - №4. - С. 83-86.

6. Сычев О.С., Епанчинцева Т.В., Гетьман Д.Т., Малидзе Е.В. Продолжительность и дисперсия интервала Q-T в зависимости от показателей внутрисердечной гемодинамики у больных с ишемической болезнью сердца. - Киев, 2006.

7. Сычев О.С., Епанчинцева О.А., Гетьман Т.В., Малидзе Д.Т., Левчук Е.В. Продолжительность и дисперсии интервала Q-T в зависимости от показателей внутрисердечной гемодинамики у больных с ишемической болезнью сердца // Украинская баннерная сеть. - 2006. - С. 1-7.

8. Циммерман Ф. Клиническая электрокардиография (пер. с англ.). - М., 1998.

9. Швеиц О. Динамическое влияние острой ишемии миокарда на дисперсию интервала Q-T // Материал из Интернета.

10. Da Costa A., Chalvidan T., Belou-nas A. et al. Predictive factors of ventricular fibrillation on triggered by pause ventricular function // J. Cardiovasc. Electrophysiology. - 2000. - Vol. 11, №9. - P.99-997.

11. Moller J.E., Husic M., Sondergaard E. et al. Relation on early changes of Q-T dispersion to changes in left ventricular systolic and diastolic function after a first acute myocardial infarction // Scand Cardiovasc. J. - 2002. - Vol. 36, №5. - P.259-261.

12. Kaftan A.N., Kaftan O. Q-T intervals and heart rate variability in hypertensive patients // Jpn. Heart J. - 2000. - Vol. 41, №2. - P. 173-182.

П.А. Слепцова, Н.Н. Аверко, Ю.Н. Горбатов

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ПРИ ДЕФЕКТЕ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ЖИТЕЛЕЙ КРАЙНЕГО СЕВЕРА И СРЕДНЕЙ ПОЛОСЫ РОССИИ

Цель исследования. Сравнительная оценка инфекционного эндокардита (ИЭ), осложняющего течение вторичного дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП-2) у жителей Крайнего Севера и средних широт России.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней в 2 группах больных (57 чел.) с врожденным пороком сердца – ДМПП-2, осложненным ИЭ. Использованы общеклинические методы, ЭКГ-диагностика, рентгенологическое исследование легких, бактериальное исследование операционного материала (посевы из перикарда и дефекта).

Результаты и обсуждение. Наибольшая частота ИЭ при ДМПП-2 наблюдается в обеих группах больных с длительностью заболевания более 21 года. Недостаточность кровообращения (НК) в группе больных из Якутии наблюдалась достоверно чаще. Синдром микротромбозов наиболее часто отмечался в группе больных северян. Частота хронического тонзиллита у больных из Якутии достоверно превышала соответствующий показатель у жителей Западной Сибири. При посеве с перикарда и краев дефекта межпредсердной перегородки наиболее часто высевались стафилококки.

Выводы. Вторичный ИЭ, осложняющий течение ДМПП-2, у жителей Крайнего Севера характеризуется более тяжелой клинической симптоматикой на фоне множественных очагов хронической инфекции, чем в группе жителей средних широт. В условно-патогенной микрофлоре у больных северян преобладают стафилококки.

Aim. Comparative estimation of infectious endocarditis (IE), complicating secondary atrioseptal defect course (SADC) among people living in the Far North and the middle zone of Russia.

СЛЕПЦОВА Полина Андреевна – к.м.н., врач кардиолог, н.с. ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я); **АВЕРКО Нина Николаевна** – д.м.н., в.н.с. ФГУ "Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения им. академика Е.Н. Мешалкина ФАЗИСР"; **ГОРБАТЫХ Юрий Николаевич** – д.м.н., с.н.с. зав. лаб. ВПС ФГУ "Новосибирский НИИПК им. академика Е.Н. Мешалкина ФАЗИСР".

Methods and materials. The retrospective analysis of medical histories was conducted in 2 groups of patients with a congenital valvular disease complicated with IE. There were used general clinical methods, electrocardiographic diagnostics, X-ray study of the lungs, bacterial research of an operational material (inoculation from a pericardium and defect).

Results. The greatest frequency IE complicating SADC is observed in both groups of patients with duration of disease more than 21 years. Insufficiency of blood circulation (BC) in group of patients from Yakutia was detected authentically more often. A microthromboembolic syndrome was more often marked in group of sick northerners. Frequency of chronic tonsillitis among patients from Yakutia authentically exceeded a corresponding parameter among inhabitants of Western Siberia. After inoculation from a pericardium and edges of atrioseptal defect staphylococcus were sowed more often.

Conclusion. Secondary IE, complicating SADC, among people living in the Far North has severer clinical symptomatology on a background of the multiple nidus of chronic infections, than in group of inhabitants of the middle zone of Russia. In conditional-pathogenic microflora sick northerners have prevailing staphylococcus.

Введение. Инфекционный эндокардит (ИЭ) – одно из серьезных осложнений врожденных пороков сердца (ВПС), которое в значительной мере определяет естественное течение заболевания и результаты хирургического лечения [3,4]. По мнению Тюрина В.П. [5], вторичный дефект межпредсердной перегородки (ДМПП-2) редко осложняется инфекционным эндокардитом вследствие незначительного градиента давления между камерами сердца и незначительных гидродинамических возмущений тока крови. Проблема вторичного хронического инфекционного эндокардита (ВХИЭ), часто сопутствующего ВПС, приобретает все большую актуальность в связи с ростом его частоты, трудностями диагностики, консервативного и хирургического лечения ВПС на фоне ИЭ [2,3]. Степень риска хирургического лечения ДМПП при сопутствующем ВХИЭ значительно возрастает, а возможности реабилитации ограничены. Вопросы адаптации больных к имеющемуся у них пороку сердца, клинические проявления этой патологии, особенно в экстремальных условиях Севера, не получили в литературе достаточного освещения [1]. В таких условиях будет закономерным изучение особенностей течения ДМПП на фоне сопутствующего ВХИЭ как модели врожденного порока сердца бледного типа в условиях Крайнего Севера.

Цель исследования. Сравнительный анализ клинко-диагностических критериев ИЭ, осложняющего течение ДМПП-2 у жителей Крайнего Севера и средней полосы России.

Материалы и методы. Изучены клинко-инструментальные результаты обследования 57 больных с ДМПП-2 с сопутствующим диагнозом – вторичный инфекционный эндокардит. Первая группа (жители Якутии) – 36 больных (63,2%) в возрасте от 4 до 41 года (средний возраст $20,1 \pm 1,8$ лет), вторая – группа сравнения (жители Западной Сибири) – 21 больной (36,8%) в возрасте от 5 до 44 лет (средний возраст $21,6 \pm 2,4$ лет). Использованы общеклинические методы, ЭКГ-диагностика,

рентгенологическое исследование легких, бактериальное исследование операционного материала (посевы из перикарда и дефекта). Критериями диагностики сопутствующего ИЭ явилось наличие токсико-инфекционного синдрома ИЭ, включающего симптомы хронической интоксикации (субфебрильная температура, параорбитальные тени, анемия, миалгии, артралгии); синдрома септического васкулита, включающего феномены микро-тромбозов (пятна Лукина, очаги некроза); повышенной сосудистой проницаемости (петехии, сыпи, положительные симптомы “щипка” и “жугута”, носовых кровотечений); синдрома иммунного дефицита – рецидивирующие гнойные инфекции, повышенная склонность к вирусной инфекции, частые бронхиты; данных гемограммы (анемия, лейкопения, нейтрофилез со сдвигом влево, моноцитоз, ускорение СОЭ); выявление микрофлоры с перикарда, краев дефекта межпредсердной перегородки и гемокультуры. Проведен сравнительный анализ синдромов ИЭ и данных бактериологического исследования операционного материала и посевов крови для выявления гемокультуры.

Результаты и обсуждение. Осложняющий течение вторичного ДМПП инфекционный эндокардит встретился у больных жителей Крайнего Севера в 1,7 раза чаще, чем у больных, проживающих в Западной Сибири. Частота ИЭ составила 36,0 и 21,0% соответственно по группам.

С увеличением длительности существования порока отмечается нарастание частоты ИЭ, которое выявлено с близкими значениями у больных обеих групп. В обеих группах максимальная частота ИЭ зарегистрирована у взрослых старше 21 года и составила у больных в первой группе 38,9%, во второй – 47,6% (рисунок).

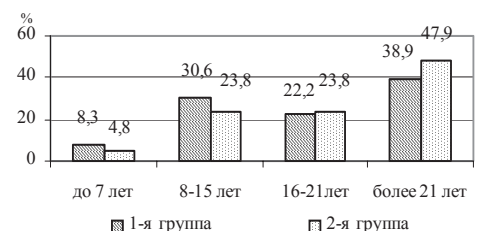
Активность ИЭ в обеих группах не превышала первой степени. Недостаточность кровообращения (НК) I-II стадий, по классификации Н.Д. Стражеско

и Ф.Х.Василенко (1935), наблюдалась на фоне ИЭ в 1,8 раза чаще у больных из Якутии, составив соответственно по группам 63,9 и 38,1% ($p < 0,05$).

Анализ клинических проявлений ИЭ на фоне ДМПП-2 показал скудность клинической симптоматики. Основными в клинической картине были токсико-инфекционный синдром ИЭ, синдром иммунного дефицита и септического васкулита, которые наиболее часто встречались в группе больных северян (таблица). Следует отметить большую частоту очагов хронической гнойной инфекции у жителей Крайнего Севера. Так, частота хронического тонзиллита у больных из Якутии в 4,1 раза превышала соответствующий показатель у жителей Западной Сибири ($p < 0,001$) и составила 38,9% ($n=14$) и 9,5% ($n=2$) соответственно по группам.

ЭКГ-изменения у больных обеих групп выражены незначительно и в основном обусловлены перегрузкой правых отделов сердца. По данным ЭКГ, частота аритмии у больных обеих обследуемых групп не имела достоверных различий и составила в первой группе 11,1%, во второй – 14,2%. Нарушения проводимости в виде неполной блокады правой ножки пучка Гиса зарегистрированы у 32 (88,9%) северян, у больных второй группы – в 100% наблюдений. Полная блокада правой ножки пучка Гиса развилась в первой группе в 2,8% случаев, в группе сравнения данный вид нарушения проводимости отсутствовал.

Изменение конечной части желудочкового комплекса, свидетельствующее о диффузных изменениях в миокарде ПЖ, встретилось практически



Возрастная динамика частоты инфекционного эндокардита

**Клинические симптомы инфекционного
эндокардита у больных ДМПП-2
жителей Крайнего Севера и Западной Сибири**

Синдром	Симптомы	Первая группа, абс. число (%)	Вторая группа, абс. число (%)
Токсико-инфекционный синдром	Субфебрильная температура	2 (5,6) n=36	–
	Анемия	3 (8,3) n=36	3 (14,3) n=21
	Миалгии	1 (2,8) n=36	–
	Параорбитальные тени	2 (5,6) n=36	–
	Артралгии	2 (5,6) n=36	–
Всего		10 (27,8)	3 (14,3)
Синдром иммунного дефицита	Хронические очаги инфекции	14 (38,9)* n=36	2 (9,5)* n=21
	Частые интеркуррентные заболевания	61 (61,0) n=100	53 (53,0) n=100
Синдром септического васкулита	Некрозы конъюнктивы	7 (19,4) n=36	3 (14,3) n=21
	Пятна Джексона	1 (2,8) n=36	–
	Везикулезная энантема	9 (25,0) n=36	4 (19,0) n=21
	Всего	17 (47,2)	7 (33,3)

* Достоверность сравниваемых различий ($p < 0,05$), остальные значения $p > 0,05$.

с одинаковой частотой в обеих группах (19,4% в первой и 19,0 – во второй).

При рентгенологическом исследовании у большинства пациентов первой группы наблюдалось увеличение

полостей сердца. Так, величина сердечно-легочного коэффициента от 0,6 до 0,8 была зарегистрирована у 10 больных (27,8%) первой группы, тогда как во второй группе лишь у одного больного (4,8%) ($p < 0,05$). СЛК от 0,41 до 0,6 встретился у 26 больных (72,2%) первой группы и у 20 (95,2%) – второй.

Бактериологическое исследование, проведенное во время операции, выявило колонизацию биосубстратов условно-патогенной микрофлорой. При посеве с перикарда и краев дефекта межпредсердной перегородки УПМ была выделена у 38,9 % больных первой группы и у 33,3% – второй. В первой группе наиболее часто высевались стафилококки: 71,4%, в группе сравнения – 57,1%. На втором месте находились грамположительные (Гр+) палочки, частота выделения которых также преобладала у больных первой группы и составила 28,6 против 14,3% во второй группе. Геокультура была выделена в 19,4 и 14,3% соответственно в первой и второй группах. В качестве доминирующего возбудителя выступают Гр (+) кокки, которые были выделены в первой груп-

пе у 71,4% больных, во второй – у 100,0%.

Выводы. Вторичный ИЭ, осложняющий течение ДМПП-2, у жителей Крайнего Севера характеризуется более тяжелой клинической симптоматикой на фоне множественных очагов хронической инфекции, чем у жителей средних широт. В условно-патогенной микрофлоре у больных северян преобладают стафилококки, что является критерием выбора наиболее адекватной антибактериальной терапии.

Литература

1. Иванова Т.Ю., Кугаевская А.А., Корнильева И.В., Егорова Л.Д. Распространенность и структура врожденных пороков сердца у коренного населения Якутии // Актуальные вопросы клинической медицины в условиях Севера. – Якутск, 1992. – С.37-39.
2. Кремер Л.Г., Кулешова Р.Г. и др. Клинико-диагностические критерии инфекционного эндокардита у кардиохирургических больных // Патология кровообращения и кардиохирургия. – 2003. – №2. – С.4-9.
3. Курыгина С.В., Бахтина Г.Г., Яснова Л.Н. Диагностика, лечение и тактика ведения больных с врожденными пороками сердца, осложненных септическим эндокардитом: Пособие для врачей. – Новосибирск, 1996. – С.3-11.
4. Литасова Е.Е., Краснова Н.П., Красовская Л.В., Ермилов Ю.В. Особенности течения межпредсердного дефекта у взрослых больных // Компенсация и паракompенсация при пороках сердца. – Новосибирск, 1985. – С.41-44.
5. Тюрин В.П. Инфекционные эндокардиты. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 224 с.

Т.Е. Бурцева, Г.М. Баишева, В.Г. Часнык, М.А. Баишев,
В.И. Авксентьев, В.А. Аргунов

НОВАЯ АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

В работе представлен материал научно-исследовательской работы ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я) совместно с Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академией в рамках двухстороннего договора медицинскими страховыми компаниями республики. Представлена схема оптимизации диспансеризации детского населения в отдаленных и труднодоступных населенных пунктах.

Ключевые слова: АСПОНД, детское население, профиль патологии.

БУРЦЕВА Татьяна Егоровна – к.м.н., с.н.с. ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я); **БАИШЕВА Галина Максимовна** – к.м.н., доцент МИ ЯГУ; **ЧАСНЫК Вячеслав Григорьевич** – д.м.н., проф., зав. кафедрой СПбГПМА; **БАИШЕВ Максим Антонович** – зам. директора ОАО «Аргысмедстрах»; **АВКСЕНТЬЕВ Виктор Иннокентьевич** – директор ОАО ГСМК «Сахамедстрах»; **АРГУНОВ Валерий Архипович** – д.м.н., проф., зам. директора ЯНЦ РАМН.

In this research the material of the Yakut Research Center of Russian Academy of Medical Science and the Government of the Sakha Republic (Yakutia) together with the St.-Petersburg State Pediatric Medical Academy within the limits of the bilateral contract with the medical insurance companies of the republic is presented. The scheme of optimization of prophylactic medical examination of the children in distant and hard to access settlements is presented.

Key words: Automatic system of preventive examination of children (ASPEC), children, profile of pathology