

ются больше ранее установленных нормативных значений» в настоящее время нет. Однако можно предположить, что это обусловлено повышением чувствительности современной ультразвуковой аппаратуры. Слепое следование ранее установленным и предлагаемым нормам скорее приведет к массовой гипердиагностике патологии КЛА, либо ствола ЛА по типу «врожденного стеноза».

Цель работы. Пересмотреть максимальные скоростные показатели ($V_{\max}$), регистрируемые при ЭхоКГ на КЛА в детском возрасте.

Материал и методы. Был осуществлен ретроспективный анализ протоколов 2030 эхокардиографических исследований, которые выполнялись детям в возрасте от 2 недель до 16 лет, и кому по результатам комплексного обследования исключалась патология сердечно-сосудистой системы. Дети с ДМПП, ДМЖП, ОАП и открытыми овальными окнами любого размера и объема шунтирования в исследование не включались. Все исследования были выполнены на ультразвуковом аппарате Medison Accuvix V10 (Корея) опытным врачом со стажем работы более 10 лет.

Результаты оценки $V_{\max}$ (данные приведены в формате $M \pm 2\sigma$, м/с) на КЛА в режиме PW- с учетом веса тела обследованных детей, оказались следующими: 3,3–9,9 кг – $1,06 \pm 0,27$ м/с; 10,0–14,9

кг – $1,07 \pm 0,25$ м/с; 15,0–19,9 кг – $1,02 \pm 0,31$ м/с; 20,0–24,9 кг – $1,0 \pm 0,29$ м/с; 25,0–29,0 кг – $1,0 \pm 0,26$ м/с; 30,0–39,9 кг – $1,0 \pm 0,25$ м/с; 40,0–60,0 кг – $1,0 \pm 0,3$ м/с. При этом корреляционный анализ позволил выявить лишь слабую отрицательную связь $V_{\max}$ на КЛА с возрастом ($r = -0,15$; $p < 0,95$) и умеренную положительную корреляционную связь $V_{\max}$ на КЛА с $V_{\max}$ на АК ($r = 0,43$; $p < 0,05$). В последнем случае объяснением может служить гиперкинетический тип гемодинамики, чаще наблюдаемый в детском возрасте. В целом же по группе средние значения $V_{\max}$ на КЛА составили $1,03 \pm 0,25$ м/с.

Заключение. Таким образом, на наш взгляд, максимальные нормативные скоростные показатели на КЛА в детском возрасте должны быть пересмотрены и установлены как минимум в пределах 0,78–1,38 м/с (для $M \pm 2\sigma$, т.е. в пределах двух стандартных отклонений), и это только для КЛА. Для ствола ЛА скорости могут оказаться несколько большими. Следует помнить и принять во внимание тот факт, что нормативные данные, приводимые в большинстве руководств, оказываются заниженными относительно реальных значений и к ним нужно относиться с определенной долей осторожности не впадая в «водоворот гипердиагностики».

КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫЙ КОНТИНУУМ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ЧАПАУ А., МУХАММЕДОВА Н., ИЛАМАНОВА Д.

*Государственный медицинский университет Туркменистана;
Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, г. Ашхабад. Туркменистан*

Цель. Изучение развития ремоделирования сердца при бронхиальной астме (БА) с учетом тяжести течения заболевания.

Материал и методы. Были обследованы 93 больных БА. В соответствии с Глобальной стратегией лечения и профилактики бронхиальной астмы у 21 (23%) больного была диагностирована легкая (БАЛТ), у 47 (50%) – среднетяжелая (БАСТ) и у 25 (27%) – тяжелая (БАТТ) степени тяжести БА. С целью анализа изменений кардиальной системы все больные в зависимости от клинического течения, выраженности обструктивного синдрома и характера медикаментозного фона на догоспитальном этапе и в стационаре, а также наличия сопутствующей сердечно-сосудистой патологии (ССП) были разделены на 8 групп (подгрупп). Возраст колебался от 16 до 62 лет. Длительность БА у большинства больных превышала 3 года.

Всем больным было проведено комплексное обследование, которое включало общеклинические и инструментальные методы – электрокардио-

графия (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), суточное Холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ), функция внешнего дыхания (ФВД).

Результаты. ХМЭКГ выявило данные, подтверждающие роль активации САС в генезе нарушений ритма сердца, и свидетельствовало о развитии электрофизиологического ремоделирования миокарда.

Анализ гемодинамики выявил снижение удельного веса гиперкинетического типа за счет увеличения эукинетического и гипокINETического типов. Повышенные уровни систолического давления в легочной артерии (СДЛА) и общего легочного сопротивления (ОЛС) были выявлены при гормонозависимой БАСТ. В этой категории больных обнаруживались гипертрофия ПЖ и уменьшение желудочкового индекса, свидетельствующие о геометрической перестройке ПЖ.

Нарушения диастолической функции возникали при БАСТ и учащались при БАТТ. Отмечалось развитие дисфункции ПЖ гипертрофического типа. В результате, в группе БАТТ было выявлено 15%

больных с бессимптомной диастолической дисфункцией ЛЖ, в группе БАСТ – 10% и еще 5% пациентов с бессимптомной систолической дисфункцией. Ремоделирование ЛЖ проходило параллельно правому. Концентрическое ремоделирование ЛЖ было обнаружено, начиная с легкой степени БА.

Выводы. Развитие ремоделирования сердца у больных БА происходит на фоне нейрогуморальных изменений, включающих гиперактивацию САС, РААС, системы натрийуретических пептидов. Учитывая вышеизложенное, можно говорить о кардиореспираторном континууме при БА.

УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИ ШАРОИТИДА ГИПЕРТОНИЯ КРИЗИНИ АКСАРИЯТ ОМИЛЛАРИ ВА УЛАРНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ

ЭРГАШЕВ Э.Э., АРТИКОВА С.Г., МАМАСОЛИЕВ Н.С., ҚАЛАНДАРОВ Д.М.

Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон. Ўзбекистон

Ишнинг мақсади – умумий амалиёт шифокори (УАШ) шароитида гипертония кризи (ГКр) хатар омилларининг эпидемиологик тавсифларини очиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Текширув материали ва усуллари. Эпидемиологик текширувда 725 нафар 15–70 ёшли аҳоли гуруҳи жалб этилиб ГКр нинг хатар омилларининг (ХО) тарқалиши хусусиятлари аниқланди ва баҳоланди. Хатар омиллари ЖССТ (2000) тавсиялари бўйича ажратилди ва ўрганилди.

Натижалар. УАШ шароитида қуйидаги хатар омиллари ГКр содир бўлишига асосан сабаб бўладилар: маълумот даражасининг пастлиги – 5,6%, ақлий меҳнат устуворлиги – 47,4%, оғир жисмоний меҳнат устуворлиги – 52,5%, номақбул ижтимоий ҳолат – 15,1%, ортқча тана вазни – 24,3%, кашандалик – 35,8%, алкоголь – 24,0%, гиперхолестеринемия – 35,8%, гипертриглицеридемия – 39,9%, ХСДЗЛП – 36,8%, ХСЮЗЛП – 37,3%, ХСЎПЗЛП – 27,9%, руҳий зўриқиш хатар омили – 81,0%, юрак қисқариш частотасининг ортиши – 10,6%, полипа-

тия – 35,2% ва тиббий назоратнинг номукамаллиги – 43,3%.

ГКр асосан 24та ХО га боғлиқ ҳолда содир бўлади, уларга боғлиқ ҳолда ГКр хавфи УАШ шароитида то 4,8 баробаргача етиб ортади. Ушбу хатарни барвақт аниқлаш ва бартарафлаш учун эпидемиологик натижалардан келиб чиқиб яратилган «ГКр ни УАШ шароитида прогнозлашга асосланган профилактика тизими ва даволаш стратегияси алгоритми» дастуридан мунтазам фойдаланиш лозим. Бизнинг натижаларимиз бўйича ундан фойдаланиш даволаш-профилактика амалиётларини самарали такомиллаштиради.

Хулосалар. УАШ шароитида ГКр га нисбатан муқобил ва мувофиқ профилактика ҳамда даволаш дастурларини тузишда эпидемиологик текширувлардан кенг фойдаланилса мақсадга мувофиқ бўлади. Бундай фаолият амалиётнинг натижавийлигини ошириб тиббий, ижтимоий ва иқтисодий таълофатларни аҳоли орасида камайтиради.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ ТРОПОНИНА I, ОПРЕДЕЛЯЕМОГО ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ, В УСЛОВНО ЗДОРОВОЙ ПОПУЛЯЦИИ

ЯКОВЛЕВ А.А.^{1,2}, ПУШКИН А.С.^{1,2}, РЫЖАК Г.А.³

¹СПб ГБУЗ ГМПБ №2, ²ПСПбГ медицинский университет им. И.П. Павлова;

³АНО ИНЦ «Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии»,
г. Санкт-Петербург. Россия

Введение. Заболеваемость населения Российской Федерации сердечно-сосудистой патологией постоянно возрастает, что связано с ростом доли пожилого населения, а также с более эффективной выявляемостью заболеваний с помощью новых методов диагностики. Высокочувствительный тропонин является современным маркером острой сердечной патологии, применяемым в том числе и в дифференциальной диагностике пациентов с острым коронарным синдромом.

Цель данного исследования. Изучить возрастные особенности уровня тропонина I, опре-

деляемого высокочувствительным методом, в условно здоровой популяции. Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи: 1. Определить уровни тропонина I в условно здоровой популяции. 2. Выявить наличие или отсутствие возрастных закономерностей изменения уровня тропонина I. 3. Оценить необходимость использования полученных результатов при интерпретации лабораторного обследования пациентов с острой кардиологической патологией.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе СПб ГБУЗ Городской многопро-