

и  $21,3 \pm 1,3$  лет. Всем спортсменам проводилась эхокардиография с доплерографией на аппарате «Vivid-7 Demention» («General Electric», США). Диагноз ПМК устанавливали при наличии систолического провисания одной или обеих створок митрального клапана на 3 мм и более в момент максимального пролабирования. Нагрузочное тестирование (тредмил-тест) проводилось по протоколу Брюса на стресс-системе «Cardiovit CS-200» («Schiller», Швейцария). Основную группу составили спортсмены с пролапсом митрального клапана (ПМК) (136 человек, из них 76 юношей и 60 девушек). Спортсмены без ПМК вошли в группу сравнения (401 человек, 252 юноши и 149 девушек). Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Обследование проводилось до начала основного тренировочного процесса, после отпуска.

#### **Результаты:**

Частота встречаемости ПМК у обследованных спортсменов высокой квалификации составила 24,4%, у 22,5% юношей и 27,4% девушек. При анализе ЭКГ в покое различные нарушения ритма сердца и процессов реполяризации были выявлены у 15 (11,2%) спортсменов в основной группе и у 3 человек (2,1%) в группе сравнения. Чаще всего у спортсменов с ПМК определялась желудочковая экстрасистолия – у 6 человек (4,2%), в группе сравнения – у 1 человека (0,8%) ( $p < 0,05$ ). Синдром ранней реполяризации желудочков выявлен у 7 (5%) спортсменов в основной группе и у 1 (0,8%) – в группе сравнения ( $p < 0,05$ ). При проведении нагрузочного тестирования были получены следующие результаты. Несмотря на то, что толерантность к физической нагрузке ожидаемо была высокой у всех обследованных спортсменов, интенсивность выполненной нагрузки, оцениваемая в MET (метаболический эквивалент) в основной группе была значимо ниже ( $p < 0,05$ ), чем в группе сравнения, соответственно  $18 \pm 0,4$  и  $20,4 \pm 0,2$  у юношей,  $17,2 \pm 0,4$  и  $19,8 \pm 0,3$  у девушек. Это свидетельствует о меньшей выполненной нагрузке спортсменами с ПМК. У спортсменов с ПМК восстановление исходных показателей происходило медленнее, чем у спортсменов без ПМК – частота сердечных сокращений в основной группе в период восстановления (к третьей минуте отдыха) была достоверно выше, чем в группе сравнения, как у юношей (соответственно  $110 \pm 3,8$  и  $93 \pm 3,3$  ударов в минуту,  $p < 0,01$ ), так и у девушек (соответственно  $111 \pm 3,5$  и  $95 \pm 3,1$  ударов в минуту,  $p < 0,05$ ).

#### **Заключение:**

Таким образом, выявлено, что у спортсменов с ПМК по сравнению со спортсменами без ПМК чаще встречаются изменения на ЭКГ покоя (желудочковая экстрасистолия, синдром ранней реполяризации желудочков). Также установлена достоверно меньшая выполненная нагрузка при проведении нагрузочного тестирования, более медленное восстановление частоты сердечных сокращений по окончании нагрузки. В связи с этим спортсмены с ПМК требуют динамического врачебного наблюдения, более тщательного контроля за состоянием функциональных резервов сердечно-сосудистой системы.

### **ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ БРАХИОЦЕФАЛЬНОГО СТВОЛА ПРИ СПОНДИЛОАРТРИТАХ**

Хан Т. А.

*РСНПМЦТ и МР*

#### **Введение (цели/ задачи):**

Изучить состояние экстракраниальных отделов брахиоцефального ствола у пациентов с аксиальным спондилоартритом, включая анкилозирующий спондилоартрит, реактивный артрит и взаимосвязь изменений с клиническими проявлениями основного заболевания.

#### **Материал и методы:**

Было обследовано 55 больных с диагнозом аксиальный спондилоартрит, соответствующий критериям ASAS. Из них 30 больных анкилозирующим спондилоартритом, 25 – реактивным артритом. Все обследованные были мужского пола, средний возраст составил  $35 \pm 0,8$  лет, длительность заболевания составила  $5 \pm 0,45$  лет. Критерием исключения было наличие клинических проявлений заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС). Контрольная группа в количестве 20 человек, соответствующая по полу и возрасту, без клинических проявлений заболеваний со стороны опорно-двигательного аппарата и СССР. Всем больным было проведено дуплексное исследование экстракраниальных отделов брахиоцефального ствола.

#### **Результаты:**

Исследование комплекса интима-медиа сосудов (КИМ) как показателя толщины субэндотелиального слоя интимы и/или мышечного слоя меди является ранним маркером атеросклеротического процесса. Толщина КИМ была выше у пациентов с аксиальным СпА ( $0,75 \pm 0,05$  мм) по сравнению с контрольной группой ( $0,68 \pm 0,08$  мм). Частота встречаемости каротидной бляшки была выше, чем в контрольной группе (40% против 28%,  $p < 0,05$ ). Наличие бляшки наиболее часто наблюдалась у пациентов с большей продолжительностью заболевания, с поражением тазобедренных суставов, синдесмофитами, более высокой ограниченностью функциональной способности суставов по индексам BASFI и BASMI.

#### **Заключение:**

Бессимптомность течения поражения сердечно-сосудистой системы обосновывает необходимость обязательного проведения дуплексного исследования экстракраниальных отделов брахиоцефального ствола и наблюдения кардиолога больных аксиальным спондилоартритом.

### **ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАМЕТРОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ И СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

Вельмакин С. В., Троицкая Е. А., Виллеваальде С. В., Кобалава Ж. Д.

*Российский университет дружбы народов*

#### **Введение (цели/ задачи):**

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – основная при-