

от I группы дооперационное внутривенное введение озонированного физиологического раствора приводило к несущественным изменениям показателей диенового конъюгата (ДК), малонового диальдегида (МДА), каталазы и α -ТФ в указанные сроки. Проводимая нами комплексная терапия с использованием на этапах хирургического лечения озонотерапии позволило снизить показатели ПОЛ-АОЗ к нормальным значениям при выписке у больных II группы в отличие от I группы.

С целью оценки эффективности проведения предложенных методов на этапах хирургического лечения гастродуоденальных язв, во всех группах больных был проведен сравнительный анализ послеоперационных ранних осложнений. У больных в контрольной группе ранние осложнения как анастомозит, гастростаз и нагноение ран были 2-3,5 раза больше, чем в основной группе. Сравнительный анализ результатов показал, что комбинированная озонотерапия играет важную роль в предотвращении осложнений в раннем послеоперационном периоде.

Александрова Л.Н., Семенова И.Г., Баллюзек М.Ф.

ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ТЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Санкт-Петербургская клиническая больница РАН, Россия, ale-lu@list.ru

Фибрилляция предсердий (ФП) наиболее частое хроническое нарушение сердечного ритма, особенно в группе лиц пожилого и старческого возраста. Основными заболеваниями или факторами риска развития ФП в старших возрастных группах являются неревматические болезни (артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет (СД), сердечная недостаточность (СН), перенесенный инфаркт миокарда (ИМ)). Предикторами ФП считаются увеличенные размеры левого предсердия (ЛП), утолщенная стенка левого желудочка (ЛЖ) и сниженная его сократимость, причем частота возникновения аритмии нарастает параллельно выраженности перечисленных параметров. В основе инволюции сердечно-сосудистой системы лежат отложение липофусцина, базофильная дегенерация, капельная жировая инфильтрация, отложение амилоида в интерстиции и в стенке интрамуральных артерий, что приводит к постепенному увеличению массы сердца, снижению ударного объема, сердечного выброса, развитию систолической и диастолической дисфункции, появлением симптомов СН. Кроме того, пожилой и старческий возраст оказывает многофакторное влияние на степень риска тромбоэмболических осложнений у больных с ФП, за счет снижения скорости кровотока в ушке ЛП и повышения протромбогенной активности. Кроме того, к наиболее важным особенностям пожилого и старческого возраста относят наличие множества различных заболеваний, в первую очередь, сердечно-сосудистой системы, которые создают коморбидный фон и определяют

сложности в курации пациентов с ФП, поэтому изучение данной проблемы в аспекте возраста актуально и необходимо.

Целью исследования является изучение причин возникновения, особенностей течения ФП в возрастном аспекте и оценить удельный вес различных причин, влияющих на ее возникновение, а также ее связь с кардиальными и экстракардиальными причинами у лиц старших возрастных групп. Обследовано 294 пациента с ФП двух возрастных групп с равным соотношением мужчин и женщин, контрольная группа составила 199 человек. Первая группа - 143 пациента представлена лицами среднего возраста (40-59 лет), вторая группа - 151 человек лицами старше 60 лет (60-88 лет). В контроль включены 102 и 97 человек соответствующих возрастных групп. Анализировались данные анамнеза, наличие сопутствующей патологии, клинический и биохимический анализ крови; методы, основанные на ЭКГ: суточное мониторирование ЭКГ (СМЭКГ), в том числе многосуточное, суточное мониторирование АД, ЭХОКГ с расчетом массы миокарда ЛЖ и диагностикой гипертрофии ЛЖ в соответствии с Фрамингемскими критериями. Диагностика СОАС проводилась на основании данных кардиореспираторного мониторирования, оценки сатурации кислорода крови (компьютерная пульсоксиметрия). В общей группе пациентов постоянную форму ФП имели 148 лиц (80 мужчин, 68 женщин), пароксизмальную форму - 146 (78 мужчин, 68 женщин). В группе пациентов старше 60 лет достоверно чаще ($p < 0,05$) встречалась постоянная форма ФП без четких гендерных различий. Большинство пациентов с ФП страдали АГ с разной степенью компенсации (81%), неустойчивые цифры АД чаще коррелировали с метаболическим синдромом, мужским полом и пожилым возрастом. Кроме того, у пациентов с ФП и длительность АГ более 10 лет чаще выявлялись нарушения дыхания во сне (СОАС) и желудочковые нарушения ритма высоких градаций по Ryan. Клинические проявления ИБС имели 45,9% (у 27,2% - ИМ в анамнезе, 11,3% - имели ишемические изменения ЭКГ при нагрузочном тесте, 7,4% - переносили кардиохирургическое вмешательство), ХСН II-III ф.кл. встречалась у 24,9% исследуемой группы, в основном за счет пациентов пожилого и старческого возраста. Патологию щитовидной железы (без гипо-/гипертиреоза) выявили у 28,6% пациентов с ФП (20,5% женщин и 8,1% мужчин), чаще в старших возрастных группах. В группе пациентов с ФП нарушения сна (СОАС) выявлены в 41,2% случаев, в контрольной группе - в 31,3%, при этом СОАС средней и тяжелой степени выявлены соответственно в 8,8% и в 6,5% случаев. При этом выявляется тенденция к большей распространенности СОАС в старших возрастных группах, 19,1% у пациентов старше 60 лет и 12,2% в возрасте 40-59 лет. Распространенность СОАС значительно выше среди мужчин, у больных с избыточной массой тела (ИМТ > 25). Выявлена более высокая частота встречаемости ФП у больных с АГ, СОАС и ожирением, при этом несколько чаще выявлялась пароксизмальная форма ФП (22,6% против 18,6% постоянной формы ФП). У больных ФП с нарушениями дыхания во сне чаще встречается ИБС, в том чис-

ле и потенциально фатальные ее проявления, как ИМ. ХСН II-III ф.кл. (NYHA) и желудочковые нарушения ритма высоких градаций по Ryan имели сцепленность с СОАС только в возрастной группе старше 60 лет. Метаболические нарушения чаще встречается у пациентов ФП в старших возрастных группах (у 18% пациентов), ожирение (ИМТ>25) наблюдается у 25% больных с ФП.

Выводы: В пожилом и старческом возрасте распространенность хронической формы ФП выше у больных с АГ, избыточной массой тела и хронической СН и имеет гендерные различия. Так, у женщин этой возрастной группы при наличии коморбидного фона по заболеванию щитовидной железы чаще встречается пароксизмальная форма ФП, что требует выбора особой тактики их ведения. У больных ФП всех возрастов с АГ и метаболическими нарушениями при наличии СОАС клинические проявления ИБС, нефатальные ИМ и желудочковые нарушения ритма высоких градаций по Ryan встречаются чаще и возникают на более ранних сроках развития сердечно-сосудистой патологии.

Т.М. Алексеева, С.Б. Шустов, В.С. Демешонок

ВЕГЕТАТИВНО-ЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ МИОПАТИЯМИ

*Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия*

Идиопатические воспалительные миопатии (ИВМ) включают группу системных аутоиммунных заболеваний с преимущественным поражением поперечно-полосатой мускулатуры, вовлечением кожи при дерматомиозите, поражением нервной системы и менее выраженной висцеральной патологией. Основными представителями ИВМ являются полимиозит и дерматомиозит.

Как известно, в обеспечении нейроэндокринной регуляции основная роль принадлежит гипоталамо-гипофизарной системе мозга, которая, работая по принципу обратной связи, является в значительной степени саморегулирующей и реагирует на малейшие сдвиги во внутренней среде организма. Аутоиммунный процесс с соответствующими нарушениями регуляции иммунитета при ИВМ может быть предпосылкой для развития вегетативно-эндокринных нарушений. С другой стороны, нейроэндокринная дисфункция может быть фоном для развития иммунных расстройств с формированием аутоиммунного заболевания.

Целью исследования явилось изучение вегетативно-эндокринных расстройств у пациентов с ИВМ.

Материалы и методы. Исследование проведено у 255 пациентов с различными формами ИВМ, из них 192 женщины (75,3%) и 63 мужчины (24,7%), что соответствует данным литературы (1:3).

Диагноз был установлен в соответствии с результатами клинико-