

двусторонний гидроторакс справа 500 мл., слева 200 мл.

Костный мозг апластичен. Анализ костного мозга – пунктат гипопластический, с пролиферацией нейтрофилов. Миелотоксический агранулоцитоз.

На фоне выраженного иммунодефицита развился сепсис по типу септикопиемии с проявлениями абсцедирующей пневмонии, гнойного энцефалита с гнойным венитрикулитом, межуточного гепатита и нефрита. Течение заболевания осложнилось присоединением геморрагического синдрома с множественными кровоизлияниями на коже конечностей и туловища, местах инъекций, кровоизлияниями в легких, слизистой желудка. При гистологическом исследовании материала определяется гнойный воспалительный характер поражения паренхиматозных органов с подтверждением бак. исследованием головного мозга, легких, селезенки – ps. aeruginosa, Enterococcus faecium St. Aureus

Смерть наступила от агранулоцитоза, осложненного сепсисом.

**Заключение.** Назначая базовый препарат метотрексат, необходимо объяснять пациентам особенность препарата, схему назначения, не-

обходимость контроля за побочными эффектами, недопустимость превышения терапевтической дозы самостоятельно.

Перед началом лечения ревматоидного артрита провести исследование: общий анализ крови с определением числа тромбоцитов, активность АСТ, ЩФ, уровни креатинина, альбумина, серологические исследования на гепатиты В и С (больным из группы риска), рентгенография грудной клетки (за год и менее до начала лечения).

Во время лечения осуществлять контроль полного гематологического анализа, АСТ, уровня креатинина через каждые 4 недели, при тенденции к цитопении пропуск дозы или снижение дозы до нормализации показателей крови, прием фолиевой кислоты 1 мг\сут.

#### *Литература*

1. Основы рациональной фармакотерапии ревматических заболеваний / под ред. В.А. Насоновой, Е.Л. Насонова. – М.: Литтера, 2007. – 448 с.
2. Ревматология – клинические рекомендации / под ред. Е.Л. Насонова. – М.: Гэотар–Медиа, 2010. – 752 с.

**Содномова Лариса Балдановна** – кандидат медицинских наук, преподаватель медицинского факультета Бурятского государственного университета, тел. 89834293072, e-mail: Lar43099701@yandex.ru

**Sodnomova Larisa Baldanovna** – candidate of medical sciences, lecturer, medical faculty, Buryat State University, тел. 89834293072, e-mail: Lar43099701@yandex.ru

УДК 615.859:616.12-008.313.2

© Л.Б. Содномова

### **АНАЛИЗ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРДСЕРДИЙ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ РКБ им. СЕМАШКО**

В статье приведен анализ госпитализаций больных с персистирующей фибрилляцией предсердий в кардиологическое отделение Республиканской больницы.

**Ключевые слова:** кардиоверсия, оральные антикоагулянты, электроимпульсная терапия, МНО – международное нормализованное отношение

*L.B. Sodnomova*

### **ANALYSIS OF HOSPITALIZATION TO CARDIOLOGY DEPARTMENT OF SEMASHKO REPUBLICAN CLINICAL HOSPITAL THE PATIENTS WITH PERSISTENT ATRIAL FIBRILLATION**

In the article the analysis of hospitalization of patients with persistent atrial fibrillation in cardiology department of Republican Hospital has been made.

**Keywords:** cardioversion, oral anticoagulants, countershock, INR.

#### **Актуальность**

1. Высокая распространенность ФП в популяции (до 30% в старшей возрастной группе), самый высокий удельный вес в структуре гос-

питальных аритмий. В последнее время частота госпитализаций пациентов с ФП увеличилась, что связывают с постарением населения, увеличением распространенности хронической сер-

дечной недостаточности, а также более частым использованием суточного мониторинга электрокардиограммы.

2. Высокий риск ССО – смертность среди пациентов с фибрилляцией предсердий в 2 раза выше, чем у больных с синусовым ритмом, высокая частота тромбоэмболических осложнений, в том числе инсульта (в 5 раз чаще).

Если для купирования аритмии требуется медикаментозная или электрическая кардиоверсия или она сохраняется более 7 суток, ФП называют персистирующей.

**Цель** – анализ госпитализаций больных с персистирующей ФП в кардиологическое отделение РКБ.

**Материал и методы исследования:** проведен анализ 50 историй болезней пациентов за 7 месяцев 2012 г.

#### **Результаты исследования**

1. Большинство госпитализированных больных с персистирующей ФП составили пациенты в возрасте 61 года и старше, преобладают мужчины (соотношение 1,5:1).

2. В структуре этиологии больных ФП преобладает гипертоническая болезнь – 62%, далее ИБС – 28%, ХРБС – 4%, другие причины – 6%.

3. Время до госпитализации после возникновения ФП: в первые 48 ч – 7 дней – 21% больных (экстренная госпитализация), в течение 1-6 месяцев – 41%, с длительностью аритмии 1–12 месяцев – 37%, длительно персистирующая или более 1 года – 1%; впервые возникшая ФП в 20% случаев, рецидив – в 80% случаях. В случаях персистирующей ФП более недели госпитализация для кардиоверсии осуществлялась в плановом порядке после антикоагулянтной подготовки.

4. Основные клинические проявления при возникшей ФП у больных были одышка и чувство сердцебиения (76%), перебои в работе сердца (64%), кардиалгия (52%), головокружение (22%), понижение АД (12%).

5. Структурное ремоделирование миокарда по данным Эхо-КГ: дилатация камер сердца выявлена в 24% случаев, дилатация левого предсердия – в 34%, дилатация и гипертрофия камер сердца – в 26% и лишь в 4 % случаев не было структурных изменений сердца.

7. Показатели МНО у плановых больных при госпитализации: < 1,0 – у 34%, 1,0-2,0 – 46%, > 2,0 – 20%. При недостаточной гипокоагуляции проводилась коррекция гемостаза до целевых значений (2,0-3,0)

8. Медикаментозная кардиоверсия состоялась в 52% случаев и соответственно в 48% случаев восстановить ритм не удалось, больным

проводилась ЭИТ. В случае электроимпульсной терапии кардиоверсия состоялась у 78% пациентов, и у 23% сохранилась фибрилляция предсердий. Наиболее частые варианты неудач – выраженное ремоделирование сердца, длительный стаж аритмии. В качестве препарата для медикаментозной кардиоверсии применялся кордарон как монотерапия и в комбинации с раствором КМА, бета-адреноблокаторами.

9. После кардиоверсии всем больным сохранялся контроль синусового ритма кордароном, при хронизации ФП – контроль ЧЖС бета-адреноблокаторами.

10. Антитромботическая терапия до кардиоверсии проводилась во всех случаях варфарином. После кардиоверсии больные продолжали принимать варфарин в течение 1 месяца для профилактики посткардиоверсионных тромбоэмболических осложнений.

11. Больные с частыми рецидивами фибрилляции предсердий направлялись на РЧА устьев легочных вен, ганглионарных сплетений предсердий как радикальную меру лечения – 4 пациента, из них у 2 развились рецидивы, что потребовало повторных электрофизиологических вмешательств.

12. Пациенты с безуспешной попыткой кардиоверсии переходят в группу лиц с постоянной формой ФП. Пациентам с высоким риском развития ишемического инсульта и тромботических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc рекомендуется постоянный прием ОАА – варфарина или прадаксы, с низким риском – аспирин.

#### **Заключение**

1. Большинство больных с впервые или повторно возникшей фибрилляцией предсердий обращается за помощью спустя первые 48 ч, что диктует необходимость антикоагулянтной подготовки для плановой кардиоверсии

2. Только 20% плановых больных на кардиоверсию госпитализируются с целевым МНО, то есть на амбулаторном этапе нет адекватного подбора дозы непрямого антикоагулянта для достижения целевого значения МНО, нет необходимого контроля МНО, что задерживает сроки выполнения кардиоверсии.

3. У большинства больных с персистирующей ФП имеются структурные изменения сердца – субстрат для появления и сохранения аритмии, что является причиной рецидивирования аритмии.

4. В случаях часто рецидивирующего течения эффективным методом может быть РЧА устьев легочных вен.

5. Практически единственным средством для медикаментозной кардиоверсии и контроля синусового ритма является амиодарон.

6. Пациенты с хронизацией ФП выписываются с рекомендациями приема ОАА или аспирина соответственно риску развития тромботических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc.

#### *Литература*

1. Клинические рекомендации по внутренним болезням / под ред. Ф.И. Белялова. – Иркутск, 2011. – 228 с.

2. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий: рекомендации ВНОК. – 2012. – 39 с.

3. Антитромботическая терапия при мерцательной аритмии: учеб.-метод. пособие под ред. Б.А. Сидоренко. – М., 2010. – 65 с.

4. Тромбозы и антитромботическая терапия при аритмиях / Д.А. Затеищikov и др. – М.: Практика, 2011 – 296 с.

**Содномова Лариса Балдановна** – кандидат медицинских наук, преподаватель медицинского факультета Бурятского государственного университета, тел. 89834293072, e-mail: Lar43099701@yandex.ru

**Sodnomova Larisa Baldanovna** – candidate of medical sciences, lecturer, medical faculty, Buryat State University, тел. 89834293072, e-mail: Lar43099701@yandex.ru

УДК 616.31

© *Е.С. Попова, Ю.Л. Писаревский, В.В. Намханов*

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ В ПАРОДОНТЕ У ДЕТЕЙ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ**

По данным ультразвуковой доплерографии изучены гемодинамические показатели кровотока в тканях десны в норме и при наличии скученности зубов у детей 12-15 лет. Установлено, что изменения гемодинамики тканевого кровотока при скученности зубов характеризуется снижением показателей линейной и объемной скорости кровотока.

**Ключевые слова:** ультразвуковая доплерография, заболевания пародонта, скученность зубов, дети 12-15 лет.

*E.S. Popova, Yu.L. Pisarevsky, V.V. Namkhanov*

### **DETERMINATION OF MICROCIRCULATORY DISTURBANCES IN CHILDREN WITH PERIODONTAL DENTOALVEOLAR ANOMALIES**

Hemodynamic indices of dental blood flow both in normal and crowded teeth were studied in 12-15 year old children after Doppler ultrasonography examination. It was found out that changes in hemodynamics of tissue blood flow in crowded teeth was characterized by a decrease of the linear and blood flow rate.

**Keywords:** ultrasonic dopplerography, periodontal diseases, crowding of teeth, 12-15 year old children.

#### **Введение**

Заболевания пародонта являются одними из наиболее распространенных в стоматологии. Этиология и патогенез заболеваний пародонта довольно сложны, многообразны и до настоящего времени полностью не раскрыты [3, 4, 5].

На сегодняшний день большое внимание уделяется исследованиям микроциркуляции и гемодинамики в тканях пародонта. Ряд авторов считает, что пусковым механизмом в нарушении микро- и макроциркуляции является наличие в полости рта аномалий зубочелюстной системы [4, 7, 8]. Так, скученное положение зубов во фронтальном отделе верхней и нижней челюсти способствует компрессии сосудов и уменьшению их просвета. В 1931 г. R. Fahraens et T. Lindquist было показано, что с уменьшением

диаметра сосуда, через который протекает кровь, вязкость последней снижается [10].

Использование аппаратного тестирования микроциркуляторных расстройств в клинической практике позволяет осуществить диагностику ранних проявлений заболеваний пародонта [1, 5, 6, 8, 9]. Одним из важнейших показателей функционирования как макро- так и микрососудов является скорость кровотока, от которой зависит транскапиллярный обмен в тканях пародонта [2].

В доступной нам литературе мы не нашли сведений о показателях микроциркуляции в тканях пародонта у детей 12-15 лет с зубочелюстными аномалиями с применением метода ультразвуковой доплерографии.

**Цель** – исследовать показатели амплитудно-частотного спектра и характеристики базально-