

Практически у каждого автора, изучающего проблему ИКМП, имеются свои представления о степени кардиомегалии и выраженности систолической дисфункции при данном заболевании. Существуют 2 группы эхокардиографических критериев диагноза ИКМП: учитывается только снижение сократимости левого желудочка (ФВ по Симпсону $< 35\%$). Данной позиции придерживается большинство авторов; помимо снижения ФВ левого желудочка учитывается степень дилатации камер сердца: конечный систолический размер левого желудочка — более 7,0 см, индекс конечного систолического объема левого желудочка — более 100 мл/м^2 (Yamaguchi et al.); ФВ левого желудочка — менее 35% , индекс конечного диастолического объема — более 110 мл/м^2 , индекс площади митрального отверстия — более 22 мм/м^2 . В некоторых источниках указано, что для ИКМП обязательно отсутствие аневризм левого желудочка, а также наличие бивентрикулярной дилатации, но данных положений придерживаются не все авторы. Таким образом, на настоящий момент нет общего соглашения относительно эхокардиографических критериев ИКМП. Трехлетняя выживаемость при данном заболевании во многом зависит от жесткости критериев диагноза и колеблется, по данным разных авторов, от 4—6% до 25—35%.

Цель исследования — изучение трехлетней выживаемости больных ИКМП.

Для оценки трехлетней выживаемости под нашим наблюдением находилось 40 больных ИКМП. Их состояние анализировалось дважды: за исходные данные принимался статус на 2003 г., через трехлетний интервал оценивалась выживаемость/летальность — ретроспективная часть. Для оценки клинико-инструментальных особенностей мы наблюдали 30 пациентов ИКМП — проспективная часть.

При наблюдении за 40 пациентами (36 мужчин и 4 женщины, средний возраст — $60,7 \pm 7,6$ года)

трехлетняя выживаемость составила 35,7%. Сопоставляя полученные результаты с данными литературы, согласно которой показатели трехлетней выживаемости колеблются от 5 до 35%, можно оценить наши показатели как наиболее благоприятный прогноз при ИКМП.

При анализе клинических особенностей у 30 пациентов (28 мужчин, 2 женщины, средний возраст — $59,3 \pm 1,6$ лет), отмечено, что такой важнейший симптом левожелудочковой ХСН, как одышка, встречался не у всех пациентов (80%), в то же время практически у половины наших больных (43,3%) имела место одышка в покое. 80% пациентов страдали стенокардией. Постинфарктный кардиосклероз выявлялся у 73,3% больных. Более чем у половины наших пациентов (73,3%) определялись признаки бивентрикулярной сердечной недостаточности (гепатомегалия). При анализе ЭКГ у 16,7% больных была выявлена полная блокада левой ножки пучка Гиса. На УЗИ сердца выявлено: левое предсердие — $5,07 \pm 0,14$ см, конечный диастолический размер левого желудочка — $6,95 \pm 0,12$ см, конечный систолический размер левого желудочка — $5,69 \pm 0,12$ см, переднезадний размер правого желудочка — $3,33 \pm 0,11$ см. ФВ левого желудочка (по Тейхольцу) — $36,44 \pm 1,76\%$. Таким образом, имела место бивентрикулярная дилатация со снижением систолической функции левого желудочка. Оценка степени тяжести ХСН показала: подавляющее большинство наших пациентов относится к IIA— IIB стадиям (80%), II-III ФК (78,8%).

Таким образом, согласно нашим данным, ИКМП — заболевание с очень неблагоприятным прогнозом: при трехлетнем наблюдении отмечена летальность 2/3 больных. Выявлено отсутствие параллелизма между данными субъективного и объективного исследований: у 20% больных отсутствовал важнейший симптом левожелудочковой недостаточности — одышка.

БЕЗОПАСНОСТЬ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ДОБУТАМИНОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Солнышков С.К.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Несмотря на то что стресс-эхокардиографические (стресс-эхоКГ) исследования с добутамином признаны относительно безопасными ведущими кардиологическими организациями (Antman E.M. et al., 2004; Fox K. et al., 2006), в отечественной литературе имеются лишь единичные публикации, посвященные специальному анализу осложнений этой пробы (Персиянов-Дубров И.В. и соавт., 2003). Неосведомленность врачей в данном вопросе и их опасения относительно упоминаемых в литературе частых побочных реакций во время проведения стресс-эхоКГ препятствуют более широкому внедрению этого информативного неинвазивного метода исследования в общеклиническую практику.

Нами проведен анализ осложнений и нежелательных побочных реакций, возникающих во время

проведения стресс-эхоКГ с добутамином для диагностики ишемической болезни сердца (ИБС), стратификации риска больных с установленной ИБС и выявления жизнеспособного миокарда у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) или постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС).

Основными показаниями к нагрузочному тесту для диагностики ИБС была неспособность пациента выполнять физическую нагрузку и/или ее неинформативность. У больных с установленной ИБС проба выполнялась, кроме того, для определения тактики их дальнейшего ведения. Во всех случаях перед стресс-эхоКГ за 48 часов отменялись β -адреноблокаторы, а в день ее проведения — другие антиангинальные препараты и диуретики. Проба выполнялась по общепризнанному протоколу ступенеобразно, начиная с дозы 5

мкг/кг/мин, с последующим увеличением до 10, 20, 30 и 40 мкг/кг/мин каждые 3 минуты. Если к концу 3-й минуты при введении максимальной дозы не удавалось достичь субмаксимальной частоты сердечных сокращений или других критериев прекращения, то на фоне продолжавшейся инфузии добутина внутривенно вводился атропин по 0,25 мг каждую минуту до максимальной дозы 1 мг. Во время стресс-эхоКГ проводился постоянный мониторинг электрокардиограммы (ЭКГ), в конце каждой ступени — регистрация артериального давления автоматическим устройством. При появлении серьезных нарушений ритма внутривенно вводился обзидан, при развитии ангинозного приступа продолжительностью более 4 минут — обзидан внутривенно или нитроглицерин сублингвально.

Осложнения и нежелательные побочные реакции были разделены на: 1) потенциально опасные для жизни; 2) потребовавшие прекращения пробы; 3) не повлиявшие на состояние пациента и ход исследования.

В течение 2004—2007 гг. в клинике Ивановского кардиологического диспансера было выполнено 165 стресс-эхоКГ исследований с добутином, в том числе для диагностики ИБС — 75, у больных с неосложненным ОИМ на 3-й неделе заболевания — 50, при ПИКС — 30. Средний возраст обследованных — 55 лет (от 29 до 72 лет), из них мужчин — 130 (78%). Максимальная доза добутина составила $28,8 \pm 5,12$ мкг/кг/мин, в том числе у больных ОИМ — $21,2 \pm 2,84$ мкг/кг/мин. Атропин вводился 25 пациентам (15%).

Из всех проведенных проб зарегистрирован только один случай осложнения, потенциально опасного для жизни. У мужчины 50 лет во время диагностического теста был спровоцирован ангинозный приступ, не сопровождавшийся изменениями ЭКГ и приведший к большой зоне оглушения миокарда (4 сегмента акинезии), сохранявшейся несколько часов, несмотря на применение антиангинальных препаратов. Исследование маркеров некроза миокарда (миоглобина и тропонина) не выявило их повышения. При коронарографии обнаружено трехсосудистое поражение коронарного русла, пациенту была проведена успешная рева-

скуляризация миокарда с имплантацией трех стентов. Случаев смерти, жизнеугрожающих нарушений ритма сердца, нарушений мозгового кровообращения, тромбоэмболий, упоминавшихся в других исследованиях, не было.

Серьезные побочные реакции, приведшие к прекращению пробы, отмечены у 8 пациентов (5%). Чаще всего это были нарушения ритма сердца: частая политопная одиночная и парная желудочковая экстрасистолия — 3 случая, пробежки неустойчивой желудочковой тахикардии (по 3—5 комплексов) — 2 случая, частая наджелудочковая экстрасистолия с короткими пробежками фибрилляции предсердий — 2 случая; пароксизм трепетания предсердий с проведением 1:1 — 1 случай. Следует отметить, что среди больных с ОИМ проба досрочно была прекращена только в одном случае (2,5%) из-за частой желудочковой экстрасистолии. Повышения артериального давления выше 250/115 мм рт. ст. или его снижения на 20 мм рт. ст. и более от исходного уровня не зарегистрировано. Все нарушения ритма сердца, так же как и затяжные ангинозные приступы, были успешно и быстро купированы введением обзидана, как правило, в суммарной дозе 1—2 мг (всего 12 случаев).

Нежелательные побочные эффекты при введении добутина (парестезии в области лица, ощущение жара, сердцебиение, тошнота и др.) отмечались довольно часто (у 64% пациентов), но всегда были слабовыраженными, легко переносились больными и не требовали прекращения исследования. Неопасные нарушения ритма сердца также нередко регистрировались (одиночная монотопная желудочковая экстрасистолия — 12 случаев, или 7,3%, одиночная наджелудочковая экстрасистолия — 9 случаев, или 5,5%) на разных ступенях пробы без четкой зависимости от дозы препарата.

Таким образом, стресс-эхоКГ с добутином является безопасным методом диагностики ИБС и стратификации риска больных с установленной ИБС, в том числе с недавно перенесенным ОИМ, при условии ее проведения хорошо обученным персоналом, адекватном мониторинге гемодинамики и ритма сердца, знании возможных побочных реакций и способов их купирования.

ИММУННЫЙ СТАТУС ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ВЫЗДОРОВЛЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Сухоруков Ю.В., Сведенцов Е.П., Докшина И.А.

ФГУ «Кировский НИИ гематологии и переливания крови Росмедтехнологий»

Острый лейкоз и его высоко агрессивная полихимиотерапия побуждают предполагать снижение у больных иммунной защиты в стадии длительной, более чем 5-летней ремиссии (онкологическое выздоровление). Изучение у этих больных состояния иммунитета и своевременное выявление его дефицита актуально.

Состояние иммунной защиты организма при онкологическом выздоровлении изучено недостаточно. Связано это, главным образом, с тем, что достижение в значительном числе случаев онкологиче-

ского выздоровления при остром лейкозе стало возможным лишь в последние десятилетия.

Учитывая актуальность проблемы, предприняли клинко-иммунологическое исследование естественного, клеточного и гуморального иммунитета у 49 больных острым лейкозом при фактическом выздоровлении. Больные обоего пола в двух возрастных группах: 12—14 лет (16 пациентов) и 15—25 лет (33 пациента) с длительностью ремиссии соответственно $6,53 \pm 0,41$ года и $10,55 \pm 0,52$ года.