

Выводы

- ХСН является большой медико-социальной проблемой. Наибольшую значимость в развитии ХСН у лиц старших возрастных групп имеют ИБС и АГ.
- Среди больных старше 70 лет, имеющих ХСН, увеличивается число пациентов с сопутствующей

патологией (сахарным диабетом), нарушениями сердечного ритма.

- Необходимо совершенствование методов ведения больных пожилого возраста, страдающих ХСН.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Янченко В.А., Бахтин В.А.

ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава»

Цель исследования — количественный и качественный анализ структуры и результатов лечения тяжелых осложненных форм панкреонекроза.

В клинике госпитальной хирургии Кировской ГМА с января 2002 г. по июль 2007 г. находилось на лечении 582 больных с диагнозом «острый панкреатит». Из них с тяжелыми осложненными формами панкреонекроза наблюдался 121 пациент (20,8%). Высокий процент больных с тяжелым осложненным панкреатитом связан с аккумуляцией этой категории пациентов из хирургических отделений ЦРБ в 1-м ХО Кировской ОКБ — основной базе клиники госпитальной хирургии Кировской ГМА. 40 пациентов были женщины и 81 — мужчины. Возраст больных варьировал от 18 лет до 81 года. Срок от начала заболевания до поступления в клинику составлял от нескольких часов до 27 суток.

Диагноз был установлен на основании клинических, лабораторных, инструментальных (ультрасонография, лапароскопия, пункция жидкостных образований поджелудочной железы или парапанкреатического пространства, компьютерная томография) и интраоперационных данных. Тяжесть состояния больных панкреонекрозом оценивали по интегральным шкалам Ranson (1974), Glasgow (1984), APACHE II (1984).

Алкогольная этиология деструктивного панкреатита установлена у 46 больных (38,0%), преимущественно мужчин, билиарная — у 39 больных (32,2%), преимущественно женщин, травматическая — у 12 пациентов (9,9%), тяжелый послеоперационный панкреатит имел место — у 9 больных (7,4%). У 15 больных (12,4%) причину панкреатита выяснить не удалось.

Все больные имели субтотальное либо тотальное поражение поджелудочной железы. Стерильный панкреонекроз отмечен у 57 больных, панкрео-

некроз с микробиологически доказанным инфицированием — у 64 больных. У 31 больного (25,6%) на момент поступления имели место признаки полиорганной недостаточности. Дооперационная диагностика позволила точно установить степень поражения поджелудочной железы и обширность распространения процесса за ее пределы лишь у 81 из 121 больного (66,9%), у 40 больных окончательный диагноз был установлен во время операции.

Среди осложнений тяжелых форм панкреонекроза отмечались: острые ложные кисты поджелудочной железы 41, абсцессы сальниковой сумки в сочетании с парапанкреатическими абсцессами 39, забрюшинные ретро- и параколические флегмоны — 37, из них левосторонних — 25 больных, правосторонних 6, двухстороннее поражение 6, аррозивное кровотечение 12, тонкотолстокишечные свищи — 9, абсцессы печени — 3, механическая желтуха — 3, тромбоз воротной вены — 3, перитонит — 17.

Все больные оперированы. Показаниями к операции являлись инфицированный панкреонекроз, панкреатогенные абсцессы, септическая флегмона забрюшинной парапанкреатической и ретроколической клетчатки, инфицированный перитонит независимо от степени органных дисфункций, острые гнойные кисты при неэффективности дренирующих малоинвазивных вмешательств, отсутствие эффекта от консервативной терапии, проявляющееся стойкой либо прогрессирующей полиорганной недостаточностью. Объем операций варьировал в широких пределах и зависел, в первую очередь, от степени поражения поджелудочной железы и распространения за пределы органа. Из 121 больного с тяжелым панкреонекрозом умерло 12. Летальность в этой группе больных составила 9,9%.

ОСОБЕННОСТИ ГЕОМЕТРИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Ященко Н.И.

ГОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия Росздрава»

Высокая распространенность артериальной гипертензии (АГ) среди лиц молодого трудоспособного возраста диктует необходимость углубленного

изучения поражений органов-мишеней, в частности гипертрофии левого желудочка (ЛЖ) и ее связи с особенностями течения заболевания.

Обследовано 206 мужчин в возрасте от 20 до 45 лет ($41,8 \pm 3,7$ лет) с АГ, среди которых АГ I стадии была у 72, АГ II стадии — у 122, АГ III — у 12 больных. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы оценивали по данным суточного мониторирования АД. Эхокардиографическое исследование осуществлялась в М-режиме по общепринятой методике (Мухарлямов Н.М. и др., 1987; Шиллер Н., Осипов М.А., 1993) с анализом следующих параметров левого желудочка: толщина миокарда задней стенки (ТЗС), межжелудочковой перегородки (ТМЖП) в период диастолы (в см), фракции выброса (ФВ, %) и массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ, г) по формуле R. Devereux, N. Reichek (1977) и изучался индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ, г/м²). Для оценки степени концентричности ГЛЖ использовался индекс ОТС — отношение суммарной толщины стенок к величине конечного диастолического диаметра ЛЖ. При индексе более 0,45 диагностировалась концентрическая гипертрофия ЛЖ, при значениях менее 0,45 — эксцентрическая.

При изучении эхокардиографических показателей ЛЖ оказалось, что нормальная геометрия регистрировалась у 133 (65%) пациентов (ОТС — $0,38 \pm 0,0003$, ИММЛЖ — $98,7 \pm 0,15$ г/м², ММЛЖ — $201,6 \pm 0,36$ г, ТМЖП — $10,4 \pm 0,009$ мм, ТЗС — $8,7 \pm 0,006$ мм), у 33 (16%) — концентрическое ремоделирование миокарда (ОТС — $0,49 \pm 0,0012$, ИММЛЖ — $113,7 \pm 0,56$ г/м², ММЛЖ — $214,0 \pm 1,4$, ТМЖП — $11,8 \pm 0,03$ мм, ТЗС — $10,2 \pm 0,03$ мм), у 23 (11%) — концентрическая гипертрофия ЛЖ (ОТС — $0,51 \pm 0,003$, ИММЛЖ — $161,0 \pm 1,4$ г/м², ММЛЖ — $332,6 \pm 3,6$ г, ТМЖП — $14,3 \pm 0,07$ мм, ТЗС — $11,8 \pm 0,03$ мм), эксцентрическая гипертрофия ЛЖ — у 17 (8%) пациентов (ОТС — $0,41 \pm 0,001$, ИММЛЖ — $145,7 \pm 0,8$ г/м², ММЛЖ — $301,3 \pm 3,7$ г, ТМЖП — $12,5 \pm 0,06$ мм, ТЗС — $10,2 \pm 0,08$ мм).

При изучении связи типов геометрии ЛЖ с особенностями течения заболевания оказалось, что наибольшая частота гипертонических кризов наблюдалась у пациентов с эксцентрической (53%) и концентрической гипертрофией ЛЖ (50%), меньше — при концентрическом ремоделировании миокарда (37%) и нормальной геометрией (30%) ЛЖ. Признаки ДЭП I—II стадии чаще (63%) регистрировались у пациентов с эксцентрической гипертрофией ЛЖ, и в равной степени при остальных вариантах геометрии ЛЖ (соответственно 32%, 33%, 36%).

При изучении выраженности ожирения оказалось, что при нормальной геометрии ЛЖ индекс Кетле составил $27,6 \pm 0,38$ кг/м², у пациентов с концентрическим ремоделированием, концентрической гипертрофией миокарда ЛЖ и эксцентрической гипертрофией ЛЖ — соответственно $30,9 \pm 0,38$ кг/м² ($p < 0,05$), $30,0 \pm 0,21$ кг/м² ($p < 0,05$) и $29,6 \pm 0,34$ кг/м² ($p < 0,05$).

Анализ суточного ритма АД показал, что наиболее выраженные неблагоприятные изменения суточного профиля (dippers — 37%, non-dippers — 33%, night-peakers — 8%, over-dippers — 12%) наблюдаются у лиц с концентрическим ремоделированием миокарда, при концентрической гипертрофии соответственно — 61%, 22%, 11%, 6%, при эксцентрической соответственно 72%, 18% и 10%, over-dippers — не регистрировались и при нормальной геометрии ЛЖ dippers встречались в 63% случаев, non-dippers — 25%, night-peakers — 9%, over-dippers — 3%.

Таким образом, у мужчин молодого возраста с АГ нарастание структурных изменений миокарда ЛЖ сочетается с поражением головного мозга, ожирением и выраженными изменениями суточного профиля АД, что необходимо учитывать для определения индивидуальной тактики ведения пациентов и оценки сердечно-сосудистого риска.