

ния не зарегистрировано. При МРТ головного мозга выявляются признаки умеренной наружной гидроцефалии.

На рутинной электроэнцефалограмме, выполненной в дневное время, в состоянии расслабленного бодрствования, регистрируются признаки эпилептиформной активности в виде гиперсинхронных фокальных разрядов Δ -волн частотой 2–3 Гц и амплитудой до 1200 мкВ в лобно-центральных отведениях при гипервентиляции. Эпилептических приступов во время исследования не зарегистрировано.

С целью уточнения механизмов церебральной дезинтеграции ребенку в клинике нервных болезней им. проф. Х.Г. Ходоса было проведено полисомнографическое исследование, включающее видео-ЭЭГ-мониторинг (19 каналов ЭЭГ, ЭОГ, ЭМГ), а также регистрацию ороназального потока, храпа, положения тела, дыхательных экскурсий грудной и брюшной стенок, сердечной деятельности и насыщения крови кислородом. В первой половине ночи были выявлены частые остановки дыхания во сне, позднее был установлен диагноз: Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) тяжелой степени. Индекс апноэ составил 118 эпизодов в час, длительностью от 25 до 45 сек., сопровождаясь снижением насыщения крови кислородом на 30–35% и компенсаторным увеличением частоты сердечных сокращений до 140 уд/мин. На протяжении 3-го часа исследования появились эпизоды смешанного апноэ, возникновение которых можно объяснить нарастающей гипоксической дисфункцией дыхательного центра. Следует отметить отсутствие признаков эпилептогенеза в ночной записи ЭЭГ, весьма незначительную выраженность храпа и грубое нарушение формулы сна за счет частых остановок дыхания и последующих пробуждений, в результате чего ребенок и был вынужден спать сидя.

Во второй половине ночи (с 4-го по 7-й час исследования) ребенку проводилась СИПАП-терапия (от англ. CPAP — Continuous Positive Airway Pressure) — лечение положительным давлением в дыхательных путях. С назальной дыхательной маской ребенок сразу же уснул крепким сном в положении лежа на спине. Полностью выспавшись через 3 часа (!), ребенок самостоятельно снял

дыхательную маску и провел остаток времени исследования в состоянии активного бодрствования. В течение дня отмечалось значительное увеличение двигательной и речевой активности ребенка, а также исчезновение эпилептиформной активности при записи рутинной ЭЭГ, отсутствие «замираний». Во вторую ночь на фоне проведения СИПАП-терапии отмечалось значительное снижение индекса апноэ (эпизодов смешанного апноэ не возникало), увеличение насыщения крови кислородом (показатель сатурации составил 96–98%). Родителям девочки было рекомендовано приобретение и регулярное использование СИПАП-аппарата в домашних условиях.

Катамнестическое обследование через 3 месяца показало существенную положительную динамику общего состояния ребенка. Уменьшилась моторная неловкость, расширился словарный запас, улучшилась память, внимание, работоспособность; без назначения противосудорожных препаратов полностью прекратились «замирания». Ребенок с удовольствием посещает детский сад, повысилась активность на занятиях, нормализовалось пищевое поведение.

Таким образом, несмотря на отсутствие патологии ЛОР-органов, дети с последствиями перинатального поражения ЦНС могут иметь склонность к нарушению дыхания во сне, в частности, возможно формирование СОАС на фоне диффузной мышечной гипотонии. Возникновение «замираний» у данного ребенка, по-видимому, было вызвано хронической инсомнией и не сопровождалось характерным для абсансов паттерном разрядов комплексов пик-волна 3/с., а появление эпилептиформной активности в дневной записи ЭЭГ могло быть обусловлено как расстройством цикла сон-бодрствование, так и хронической церебральной гипоксией в рамках СОАС. Своевременное выявление СОАС у детей и адекватное его лечение позволяют добиться «драматического» эффекта не только в отношении нарушений сна, но и в коррекции когнитивных, сенсомоторных и речевых расстройств, а также предотвратить возможное развитие хронической эпилептизации мозга и еще более тяжелых, нередко и жизнеугрожающих осложнений СОАС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гузева В.И. Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей. — М.: МИА, 2007. — 565 с.
2. Зенков Л.Р. Непароксизмальные эпилептические расстройства: Рук-во для врачей. — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — 278 с.
3. Кельмансон И.А. Сон и дыхание детей раннего возраста. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2006. — 392 с.
4. Карлов В.А. Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин — М.: Медицина, 2010. — 720 с.
5. Мухин К.Ю., Петрухин А.С., Глухова Л.Ю. Эпилепсия: Атлас электро-клинической диагностики. — М., 2004. — 440 с.
6. Jeavons P.M. Non-epileptic attack in childhood // Reserch progress in epilepsy. / Eds. C.F. Rose. — London, Pitman, 1983. — P. 224–230.
7. Luders H.O., Noachtar S. Epileptic seizures. Patophysiology and clinical semiology. — N.Y.: Churchill Livingstone, 2000. — 796 p.
8. Panayiotopoulos C.P. A practical guide to childhood epilepsies. — U.K.: Medicina, 2006. — 220 p.
9. Roger R., Bureau M., Dravet Ch., et al. Epileptic syndromes in infancy, childhood and adolescence. — 4th Edition. — John Libbey, 2005. — 604 p.

Информация об авторах: 664079, г.Иркутск, м-он Юбилейный, 100 ИГИУВ, e-mail: slavrick@gmail.com

Лаврик Сергей Юрьевич — врач-невролог, к.м.н.; Домитрак Светлана Викторовна — врач невролог;

Алимова Елена Борисовна — врач невролог; Тимофеева Ольга Петровна — врач невролог.

© ДОНИРОВ Б.А., ДАМБАЕВ А.И., ДОНИРОВА О.С. — 2011
УДК:616.127-005.4-08:616.132.2-089.86]-07

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

Батор Аюржанаевич Дониров¹, Александр Иванович Дамбаев², Оюна Сергеевна Донирова³

(¹Бурятский государственный университет, Улан-Удэ, ректор — д.п.н., проф., член-корр. РАО С.В. Калмыков, кафедра факультетской хирургии, зав. — д.м.н., проф. А.Н. Плеханов, ²Республиканская клиническая больница, Улан-Удэ, гл. врач — к.м.н. Е.Ю. Лудупова, ³Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра геронтологии и гериатрии, зав. — к.м.н., доц. В.Г. Пустозеров).

Резюме. Целью исследования являлся сравнительный анализ особенностей клинического статуса у мужчин и женщин, перенесших операцию коронарного шунтирования. Показано, что среди женщин с ИБС в сравнении с

мужчинами чаще встречались избыточная масса тела, ожирение, сахарный диабет и гипертрофия ЛЖ. Также особенностями коронарного атеросклероза у женщин было наличие трехсосудистого поражения коронарных артерий со степенью стеноза до 50%.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, коронарное шунтирование, женщины.

THE FEATURES OF THE CLINICAL STATUS OF WOMEN WITH CORONARY ARTERY DISEASE AFTER CORONARY ARTERY BYPASS SURGERY IN REPUBLIC BURYATIA

B.A. Donirov¹, A.I. Dambaev², O.S. Donirova³

(¹Buryat State University, ²Republican Hospital, Ulan-Ude, ³Irkutsk Institute for Postgraduate Medical Education).

Summary. The aim of the study was the comparative analysis of the clinical status of men and women who underwent coronary artery bypass surgery. It is shown that among women with coronary heart disease overweight, obesity, diabetes mellitus and hypertrophy of the left ventricle were revealed more often, than among men. Also the features of coronary atherosclerosis in women were the presence of three vascular lesions of coronary arteries with the degree of stenosis up to 50%.

Key words: ischemic heart disease, coronary artery bypass grafting, women.

Хирургический метод прочно занял свое место в лечении больных ишемической болезнью сердца (ИБС). Вот уже более 30 лет аортокоронарное шунтирование (АКШ) является наиболее часто выполняемой хирургической операцией во многих клиниках России и за рубежом [6]. Анализ результатов показывает, что важной областью исследований является определение тактики лечения некоторых категорий пациентов, к числу которых относятся женщины [1]. Есть мнение, что у женщин по сравнению с мужчинами более выражена симптоматика заболевания при аналогичных изменениях в коронарных артериях [7]. Ранее проведенные исследования показали, что принадлежность к женскому полу является независимым фактором риска более высокой госпитальной летальности и частых осложнений после коронарного шунтирования [8]. Тем не менее в последние годы отмечается рост количества женщин, перенесших операции коронарного шунтирования. Известно, что в разных лечебных учреждениях существуют значительные различия в подходе к хирургическому лечению женщин, страдающих ИБС [1]. Однако при всем многообразии вопросов, возникающих при решении этой проблемы, современная позиция специалистов в коронарной хирургии такова, что женский пол не должен служить поводом для отказа от операции, если имеются показания к реваскуляризации миокарда.

В Республике Бурятия операции коронарного шунтирования начали выполняться с 2006 года. Подавляющее большинство пациентов представлено мужчинами, однако в последние годы отмечается увеличение числа пациентов-женщин. Исследований эффективности коронарного шунтирования у женщин с ИБС в сравнении с мужчинами в Бурятии не проводилось, что явилось основанием для проведения настоящего исследования.

Цель: выявление особенностей клинического статуса женщин с ИБС, перенесших операции коронарного шунтирования, в Республике Бурятия.

Материалы и методы

Проанализированы истории болезни 140 пациентов с ИБС, прооперированных в отделении сердечно-сосудистой хирургии Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко в период с 2009 по 2010 год. Всем больным было выполнено хирургическое лечение ИБС, а именно прямая реваскуляризация миокарда методом аорто- или маммарокоронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения или на работающем сердце. У всех больных измерялись артериальное давление (АД) и антропометрические показатели с вычислением индекса массы тела (ИМТ), определялись общий холестерин (ОХС), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ) и креатинин крови. Всем больным были выполнены электрокардиография (ЭКГ) и эхокардиография (ЭхоКГ). За критерий гипертрофии

левого желудочка (ГЛЖ) принимали значения индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) ≥ 125 г/м² для мужчин и ≥ 110 г/м² для женщин.

Все больные подписывали протокол добровольного информированного согласия на обработку их данных в научных целях во время госпитализации.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.0» («Statsoft», США). Средние значения отображали в виде медиан (Me) с указанием интерквартильного интервала (ИИ). Статистическую значимость различий в независимых выборках определяли по Манну-Уитни. Составляли двумерные таблицы сопряженности. Мету сопряженности признаков оценивали с помощью критерия χ^2 по Пирсону.

Результаты и обсуждение

Все больные разделились на 39 (27,8%) женщин и 101 (72,2%) мужчину. Средний возраст женщин составил 58 (53-63) лет, средний возраст мужчин — 55 (50-61) лет. Разница в возрасте оказалась статистически значимой ($p=0,03$). Полученные данные не противоречат ранее полученным результатам, согласно которым женщины с ИБС обычно находятся в более старшей возрастной группе, чем мужчины [2].

Характеристика прооперированных больных представлена в табл. 1.

Таблица 1

Характеристика больных по наличию факторов риска ИБС и формам ИБС (n=140)

Показатель	Женщины (n=39)		Мужчины (n=101)		p
	n	%	n	%	
Избыточная масса тела и ожирение	36	92,3	75	74,2	0,01
Курение	11	28,2	57	56,4	0,001
Отягощенный анамнез по ССЗ	18	46,1	32	31,6	0,10
Гиперхолестеринемия	23	58,9	61	60,4	0,87
Артериальная гипертензия	36	92,3	81	80,2	0,08
Сахарный диабет	10	25,6	11	10,8	0,02
Мозговой инсульт	3	7,6	-	-	0,004
Стенокардия напряжения	37	94,8	99	98,0	0,31
Перенесенный инфаркт миокарда	36	92,3	78	77,2	0,03
Повторный инфаркт миокарда	1	2,5	12	11,8	0,08

Из таблицы видно, что среди женщин статистически значимо чаще имели место такие факторы риска, как избыточная масса тела, ожирение и сахарный диабет, в то время как среди мужчин превалировало курение. Кроме того, женщины в сравнении с мужчинами чаще переносили мозговой инсульт и инфаркт миокарда, однако повторные инфаркты миокарда чаще встре-

чались у мужчин. Близкие результаты были получены в исследовании АТР, согласно которому у женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин, отмечалось ожирение, чаще наблюдались повышенное АД, стабильная стенокардия и сахарный диабет [3].

Характеристика эхокардиографических показателей прооперированных женщин и мужчин представлена в табл. 2.

Таблица 2

Показатели ЭхоКГ у пациентов в зависимости от пола

Показатель	Женщины (n=39)		Мужчины (n=101)		p
	n	%	n	%	
ЛП $\geq 4,0$ см	17	43,5	39	38,6	0,59
КДР $> 5,5$ см	10	25,6	25	24,7	0,91
Гипертрофия ЛЖ	32	82,0	64	63,3	0,03
ФВ $< 50\%$	9	23,0	13	12,8	0,13

Примечание: ЛП — левое предсердие, КДР — конечно-диастолический размер, ЛЖ — левый желудочек, ФВ — фракция выброса.

Как видно из табличных данных, среди женщин статистически значимо чаще регистрировалась гипертрофия ЛЖ, в то время как в отношении других показателей ремоделирования миокарда ЛЖ статистически значимых различий получено не было.

Распределение больных в зависимости от количества окклюзированных коронарных артерий представлено на рис. 1.

Из рисунка видно, что у женщин чаще регистрировалось трехсосудистое поражение коронарных артерий, причем разница оказалась статистически значимой

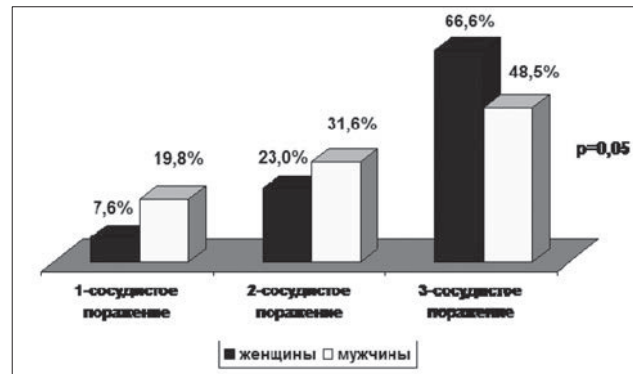


Рис. 1. Характеристика больных в зависимости от количества пораженных коронарных артерий.

($p=0,05$). В связи с этим женщинам чаще, чем мужчинам, выполнялись операции коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения — 16 (41%) против 31 (30,6%) соответственно ($p>0,05$). Полученные результаты несколько расходятся с данными других авторов, согласно которым женщины более часто имеют однососудистое поражение коронарных артерий [4].

Степень стеноза коронарных артерий у оперированных пациентов в зависимости от пола представлена в табл. 3.

Как свидетельствуют представленные в таблице данные, среди женщин и мужчин превалировала субокклюзия коронарных артерий (стеноз 95-99%). Однако среди женщин статистически значимо чаще встречался гемодинамически незначимый стеноз коронарных артерий до 50% ($p=0,03$). Полученные данные согласуются с результатами других исследований, согласно которым атеросклеротическое поражение коронарной системы женщин носит диффузный характер без выраженного стеноза, что менее благоприятно с точки зрения оперативного лечения [5].

Таким образом, среди женщин с ИБС, в сравнении с мужчинами, достоверно чаще встречались такие факторы риска, как избыточная масса тела, ожирение и сахарный диабет. Женщины с ИБС чаще, чем мужчины, переносили мозговой инсульт и инфаркт миокарда. У женщин чаще регистрировалось ремоделирование миокарда по типу гипертрофии ЛЖ. Среди женщин преобладало трехсосудистое поражение коронарных артерий с гемодинамически незначимой степенью стеноза.

Таблица 3

Степень стеноза коронарных артерий в зависимости от пола, $n=140$

Показатель	Женщины (n=39)		Мужчины (n=101)		p
	n	%	n	%	
Стеноз до 50%	8	20,5	8	7,9	0,03
Стеноз 50-75%	6	15,3	13	12,8	0,69
Стеноз 75-95%	14	35,9	29	28,7	0,40
Стеноз 95-99%	17	43,5	54	53,4	0,29
Стеноз 100%	12	30,7	39	38,6	0,38

ЛИТЕРАТУРА

1. Белов Ю.В., Шабалкин Б.В., Богопольская О.М., Терновская Е.А. Особенности клиники и хирургического лечения ишемической болезни сердца у женщин // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2002. — №1. — С. 19-22.
2. Васюк Ю.А. и др. Ишемическая болезнь сердца в условиях реальной клинической практики. Результаты эпидемиологического этапа исследования ПРИМА: Препараты модифицированного высвобождения в лечении пациентов со стабильной стенокардией, перенесших Инфаркт Миокарда // Consilium Medicum. 2009. Т.11, №5. С. 77-81.
3. Оганов Р.Г. и др. Особенности диагностики и терапии стабильной стенокардии в Российской Федерации (международное исследование АТР — Angina Treatment Pattern) // Кардиология. — 2003. — №5. — С. 9-15.
4. Гуревич М.А., Мравян С.Р. Диагностика и лечение ише-

мической болезни сердца у женщин // Актуальные вопросы болезней сердца и сосудов. — 2007. — Т.2, №3. — С. 38-46.

5. Терещенко С.Н. Особый подход к сердцу женщины. ХСН и β -адреноблокаторы // Сердце. — 2007. — № 5 (14). — С. 15-20.

6. Ayanian J.Z., Guadagnoli E., Cleary P.D. Physical and psychosocial functioning of women and men after coronary artery bypass surgery // JAMA. — 1995. — Vol. 274. — P. 1767-70.

7. Gans R.O., Donker A.J.M. Insulin and blood pressure regulation // J. Intern. Med. — 1991. — Vol. 229 (suppl. 735). — P. 49 — 64.

8. Greaves S.C., Rutherford J.D., Aranki S.F. Current Incidence and determinants of perioperative myocardial infarction in coronary artery surgery // Am Heart J. — 1996. — Vol. 132. — P. 572 — 578.

Информация об авторах: 670045, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Семашко, д.7,
Донирова Оюна Сергеевна — к.м.н., ассистент, e-mail: donirova@mail.ru
Дониров Батор Аюржанаевич — к.м.н., доцент, заведующий отделением,
Дамбаев Александр Иванович — врач-кардиолог.