

ников и др. // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. 2005. № 2. С. 48–52.

6. Письмо Министерства образования и науки РФ от 18 апреля 2008 г. N АФ-150/06. «О создании условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами».

7. Самсыгина Г.А. Гипоксическое поражение ЦНС у новорожденных детей: клиника, диагностика, лечение // Г.А. Самсыгина // Педиатрия. 1996. № 5. С. 74–77.

8. Сидорова И.С. Состояние фетоплацентарной системы при высоком риске внутриутробного инфицирования плода / И.С. Сидорова, И.О. Макаров, Н.А. Матвиенко и др. // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. 2000. № 2. С. 5–9.

9. Стрижаков А.Н. Фетоплацентарная недостаточность: патогенез, диагностика, лечение / А.Н. Стрижаков, Т.Ф. Тимохина, О.Р. Баев // Вопр. гинекол., акушерства и перинатологии. 2003. № 2. С. 53–63.

10. Тютюнник В.Л. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода при плацентарной недостаточности инфекционного генеза / В.Л. Тютюнник // Акушерство и гинекология. 2004. № 5. С. 13–17.

11. Урядницкая Н.А. Профилактические аспекты проблемы ранней диагностики и коррекции отклонений в развитии у детей // Материалы конференции «Ранняя психолого-медико-педагогическая помощь детям с особыми потребностями и их семьям». Москва, 2003. С. 49–66.

12. Флетчер Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер; пер. с англ. М.: МедиаСфера, 1998. 352 с.

13. Шарпова О.В. Проблемы организации медицинской помощи в перинатальном периоде – пути решения / О.В. Шарпова, А.А. Корсунский, Н.Г. Баклаенко и др. // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. 2004. № 2. С. 5–9.

14. Congenital syphilis: identification of two distinct profiles of maternal characteristics associated with risk / E.G. Lago, L.C. Rodrigues, R.M. Fiori, A.T. Stein // Sex Transm. Dis. 2004, Jan. Vol. 31, № 1. P. 33–37.

INFLUENCE OF PRE-NATAL INFECTIONS ON HEALTH AND PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT OF CHILDREN-NORTHERNERS

O.B. SAMODOVA, T.B. VOLOKITINA

Northern State Medical University,
Pomor State University after M.V. Lomonosov, Arkhangelsk

Children's health – is one of the dominating factors, influencing the quality of education, since it pretty much defines the learning capability of a child. Children's health in Russia is of great concern nowadays and has valid reasons for this, because the number of healthy children is decreasing. One of the significant reasons for these problems is worsening of women's health, increased pathology of pregnancy and childbirth, incl. intrauterine infections. The aim of this investigation is a complex assessment of the influence of intrauterine infections (toxoplasmosis, cytomegalic inclusion disease, chlamydia infection, syphilis) on health formation and development of children on the basis of several years' observation. The objects of investigation were 284 newborn children (with intrauterine infections and group of comparison). Prospective opened cohort study with the usage of internal group of comparison made it possible to learn the remote consequences and results of intrauterine infections, assess the influence of infections on the state of children's health, and characterize intrauterine infections as a significant factor, defining the quality of studying children's health and influencing indirectly the development of educational environment.

Key words: children-northerners, pre-natal infections, growth and development, outcomes.

УДК 616.12-008.313-85

ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

А.Ф. РАХМАТУЛЛОВ, О.В. ЗАХАРОВА, Ф.К. РАХМАТУЛЛОВ, С.А. ПЧЕЛИНЦЕВА, А.Ф. РАХМАТУЛЛОВА, Ю.Н. ГРАЧЕВА*

Проведено изучение показателей функционального состояния проводящей системы сердца у больных с изолированной фибрилляцией предсердий по данным чреспищеводного электрофизиологического исследования сердца. Полученные результаты свидетельствуют о том, что при адренергической и вагусной формах фибрилляции предсердий автоматическая функция синусового узла и атриовентрикулярная проводимость имеют разнонаправленный характер. Показано, что субстратом возникновения адренергической формы фибрилляции предсердий является укорочение эффективного рефрактерного периода левого предсердия на 11,6%, а вагусной формы фибрилляции предсердий – укорочение эффективного рефрактерного периода левого предсердия на 10,0%, замедление внутрисердечной проводимости на 4,5%, снижение автоматической функции синусового узла на 21,5%.

Ключевые слова: изолированная фибрилляция предсердий, электрофизиологическое исследование сердца, вегетативная регуляция сердца.

Фибрилляция предсердий (ФП) – наиболее распространенная аритмия, которая встречается в клинической практике и является причиной приблизительно трети госпитализаций по поводу нарушений ритма сердца [4,5]. Возникновению ФП предшествуют различные заболевания сердечно-сосудистой системы, главным образом ИБС, артериальная гипертензия, клапанные пороки сердца ревматической этиологии [4,5,11]. В то же время примерно у 15–20% пациентов ФП возникает в отсутствии каких-либо поражений сердца – так называемая изолированная ФП [4,9]. Между клиницистами существует согласие по поводу того, что изолированной следует называть ФП, которая возникает у лиц, свободных от ревматической болезни сердца, ИБС, артериальной гипертензии, кардиомиопатии, перикардита, тиреотоксикоза, застойной недостаточности кровообращения [4,9].

У больных с изолированной ФП благоприятный прогноз в плане развития тромбозов и смертности. Со временем больные перестают соответствовать критериям изолированной ФП, причем это может быть связано как со старением, так и с развитием изменений в сердце, например с дилатацией левого предсердия. Соответственно, у них повышается риск развития тромбозов и осложнений и смертности.

В возникновении изолированной ФП заметную роль играет нарушение вегетативной регуляции сердца. Основываясь на клинических различиях, Coumel P. предложил выделять вагусную и симпатическую формы изолированной ФП [8].

Выяснение электрофизиологических (ЭФ) механизмов возникновения вагусной и симпатической формы ФП имеет важное значение в выборе адекватной антиаритмической терапии [2,10]. Использование для этих целей внутрисердечных электрофизиологических исследований по ряду причин не получило широкого распространения в терапевтических клиниках. В связи с этим представляет интерес изучение возможностей чреспищеводного ЭФИ для оценки состояния проводящей системы сердца при изолированной ФП.

Цель исследования – изучить показатели функционального состояния проводящей системы сердца при изолированной фибрилляции предсердий по данным чреспищеводного электрофизиологического исследования сердца.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 137 больных с частыми приступами пароксизмальной изолированной ФП, которые в зависимости от вегетативной регуляции сердца были разделены на 2 группы. В первую вошли 75 больных с адренергической формой ФП, во вторую – 62 с вагусной формой ФП. В контрольную группу включены 28 человек без нарушений сердечного ритма и предрасполагающих факторов его возникновения. Выполненное нами исследование носило открытый, рандомизированный, сравнительный и проспективный характер. Критериями включения в исследование являлись: пациенты обоего пола в возрасте 30–58 лет; наличие частой пароксизмальной вагусной фибрилляции предсердий; наличие частой пароксизмальной адренергической фибрилляции предсердий; нормальный уровень липидного спектра, уровня глюкозы крови, тиреоидных гормонов; информированное согла-

* Пензенский государственный университет, медицинский институт, кафедра внутренних болезней.

сие больного на исследование; приверженность больного к рекомендациям врача. Критериями исключения из исследования являлись: пароксизмы смешанной (вагусной и адренергической) фибрилляции предсердий; стенокардия напряжения; перенесенный в анамнезе острый инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения; операции реваскуляризации миокарда; гипертоническая болезнь; симптоматическая артериальная гипертензия; патология клапанного аппарата сердца; ХСН; синдром слабости синусового узла; аномальные пути проведения.

Всем больным, включенным в исследование, регистрировалась электрокардиограмма (ЭКГ) в 12 стандартных отведениях, проводились эхокардиография (ЭхоКГ), чреспищеводное электрофизиологическое исследование (ЧПЭФИ) сердца, ультразвуковое исследование ШЖ (УЗИ ШЖ), определение уровня трийодтиронина (Т₃) и тироксина (Т₄) в крови.

ЭхоКГ выполнялась в соответствии со стандартами Американской ассоциации по эхокардиографии на аппарате Sanos-100CF («Hewlett-Packard», США) при синусовом ритме [6]. Определялись показатели систолической функции левого желудочка: индексы конечного систолического и конечного диастолического объемов (иКСО, иКДО), ударный индекс (УИ), фракцию выброса (ФВ), передне-задний размер левого предсердия (ЛП). Для оценки диастолической функции левого желудочка оценивали следующие показатели трансмитрального кровотока: максимальную скорость раннего диастолического наполнения (V_E), максимальную скорость наполнения левого желудочка во время систолы предсердий (V_A), отношение этих скоростей V_E / V_A.

ЧПЭФИ проводили по общепринятому протоколу [3] с помощью компьютерного электрофизиологического комплекса с оригинальным программным обеспечением «Astrocard». Определяли длительность интервалов RR, PQ, QT, ширину комплекса QRS, время восстановления функции синусового узла (ВВФСУ) и его скорректированное значение (КВВФСУ), точку Венкебаха, эффективный рефрактерный период атриовентрикулярного (ЭРП_{АВ}) соединения и левого предсердия (ЭРП_{ЛП}), максимальный предсердный ответ (МПО).

УЗИ ШЖ проводили с помощью ультразвукового сканера «Алока» (Япония), снабженного линейным датчиком 7 МГц. Исследование базального уровня ТТГ, Т₃, Т₄ проводили иммуноферментным методом с использованием стандартных наборов [1]. Границы нормы для базального уровня ТТГ сыворотки составили 0,23-3,4 мМЕ/л, Т₃ общ. – 1,8-2,8 нмоль/л, Т₄ общ. – 54-156 нмоль/л, Т₄ свободный – 10,0-23,0 пмоль/л [1].

Таблица 1

Характеристика клинических форм изолированной фибрилляции предсердий (M±m)

Показатели	Контрольная (n=28)	Адренергическая ФП (n=75)	Вагусная ФП (n=62)
Клинические признаки			
Пол			
Мужской, ко-во (%)	12 (42,9)	7 (9,3)	53 (85,5)
Женский, ко-во (%)	16 (57,1)	68 (90,7)	9 (14,5)
Средний возраст, лет	47,3±2,3	46,5±2,8	47,8±2,4
Условия возникновения ФП			
Отдых, покой, сон, горизонтальное положение, ко-во (%)	-	8 (10,7)	49 (79,0)
Физическая и психоэмоциональная нагрузка, вертикальное положение, ко-во (%)	-	67 (89,3)	13 (21,0)
Время возникновения пароксизмов ФП			
День, утро, ко-во (%)	-	63 (84,0)	9 (14,5)
Ночь, вечер, ко-во (%)	-	12 (16,0)	53 (85,5)
Переход ФП в ТП и наоборот	-	-	15 (24,2%)
Переход синусовой тахикардии и ЭС в ФП	-	17 (22,7%)	-
Параметры ЭФИ сердца			
КВВФСУ (мс)	296,7±19,8	301,8±20,2	360,6±21,4*
ЭРП АВ (мс)	310,7±7,3	286,7±8,2*	335,4±8,6*
Параметры ритмокардио-интервалографии			
- R-R макс, мс	1058,0±86,0	1189,0±76,0	818,0±36,0*
- R-R мин, мс	794,0±64,0	622,0±51,0*	654,0±25,0*
- Мо, мс	938,0±44,0	908,0±42,0	780,0±38,0*
-АМо, %	36,2±2,0	38,7±2,1	65,8±2,4***
- сигма, мс	47,0±6,8	45,4±5,6	22,0±4,2***
-D, мс	270,0±2,5	284,6±24,7	134,0±7,0***
-T, ед	74,0±4,0	107,0±7,0***	323,0±21,4***
-V, %	5,4±0,3	5,7±0,25	2,8±0,2***

Примечание: * – p<0,05, ** – p<0,01, *** – p<0,001

Статистическую обработку результатов исследования проводили на персональном компьютере с помощью пакета про-

грамм Statistica for Windows фирмы Stat-Soft Inc с использованием параметрических и непараметрических критериев.

Результаты и их обсуждение. Влияние вегетативной регуляции сердца на клиническое течение пароксизмов фибрилляции предсердий представлено в табл. 1.

Как следует из табл. 1, в возникновении изолированной ФП важную роль играет нарушение вегетативной регуляции сердца. Вагусная ФП чаще встречалась у мужчин (85,5%); приступы возникали в состоянии покоя (79,0%), нередко во время сна. Реже (21,0%) пароксизмы ФП возникали во время физической нагрузки или психоэмоционального напряжения. Наоборот, при нагрузке уменьшалось количество предсердных экстрасистол.

Адренергическая ФП была связана с физической или эмоциональной нагрузкой. Этот вариант чаще наблюдался у женщин (90,7%). Пароксизмы ФП возникали днем или в утренние часы (84,0%). При вагусной ФП у 15 (24,2%) больных происходил переход ФП в ТП и наоборот, а при адренергической ФП мы не наблюдали перехода ФП в ТП. У 17 (22,7%) больных адренергической ФП возникал переход синусовой тахикардии и предсердной экстрасистолии в ФП.

Во время проведения дифференциальной диагностики между вагусной и адренергической ФП кроме учета клинических течений аритмий мы также ориентировались на ЭФ – показатели сердца и параметры ритмокардио – интервалографии.

Влияние вегетативной нервной системы на ЭКГ и ЭФИ – показатели сердца представлены в табл. 2.

Как следует из табл. 2, по сравнению с контрольной группой, при адренергической форме ФП ЧСС во время синусового ритма чаще на 5,5 ударов в мин (p>0,05), ЧСС во время ФП чаще на 12,2 ударов в мин (p<0,01), точка Венкебаха выше на 14,7 имп/мин (p<0,05), ЭРП АВ соединения короче на 24,0 мс (p<0,05), ЭРП ЛП короче на 29,1 мс (p<0,05), МПО больше на 40,2 имп/мин (p<0,05). В то же время показатели, характеризующие автоматическую функцию синусового узла (ВВФСУ, КВВФСУ), состояние левого предсердия (ширина зубца Р, переднее – задний размер ЛП), практически не отличаются от контрольной группы.

Таблица 2

Электрокардиографические и электрофизиологические показатели сердца у больных с адренергической и вагусной формами фибрилляции предсердий (M±m)

Показатели	Группа контроля (n=28)	Адренергическая форма ФП (n=75)	Вагусная форма ФП (n=62)	p		
	1	2	3	1-2	1-3	2-3
Р (мс)	94,1±1,3	96,8±2,1	99,3±1,6	>0,05	<0,05	>0,05
ЧСС СР (мин)	74,6±2,3	80,1±3,1	64,7±2,6	>0,05	<0,01	<0,001
ЧСС ФП (мин)	156,3±2,7	168,5±4,2	152,0±3,7	<0,01	>0,05	<0,001
ВВФСУ (мс)	1028,5±35,2	1035,1±37,3	1065,4±28,5	>0,05	>0,05	>0,05
КВВФСУ (мс)	296,7±19,8	301,8±20,2	360,6±21,4	>0,05	<0,05	<0,05
Точка Венкебаха (имп/мин)	164,8±4,7	179,5±5,4	148,4±5,7	<0,05	<0,05	<0,001
ЭРП АВ (мс)	310,7±7,3	286,7±8,2	335,4±8,6	<0,05	<0,05	<0,001
ЭРП ЛП (мс)	251,7±8,3	222,6±9,4	226,8±8,7	<0,05	<0,05	>0,05
ЛП (мм)	26,8±0,92	27,9±1,2	28,2±1,4	>0,05	>0,05	>0,05
МПО (имп/мин)	246,0±12,3	286,2±13,6	279,3±10,3	<0,05	<0,05	>0,05

Из полученных данных совершенно очевидно, что в основе возникновения адренергической формы ФП лежит укорочение ЭРП ЛП (на 11,6%), а не угнетение автоматической функции синусового узла и расширение ЛП.

Из таблицы 2 видно, что по сравнению с группой контроля, при вагусной форме ФП ЧСС во время синусового ритма реже на 9,9 ударов в минуту (p<0,01), КВВФСУ больше на 63,9 мс (p<0,05), точка Венкебаха ниже на 16,4 имп/мин (p<0,05), ЭРП АВ соединения выше на 24,7 мс (p<0,05), ЭРП ЛП короче на 25,1 мс (p<0,05), МПО больше на 33,8 имп/мин (p<0,05). Несмотря на то, что размеры ЛП по данным УЗИ сердца и ширина зубца Р по данным ЭКГ практически не выходили за пределы нормальных границ, выявлено достоверное (p<0,05) замедление предсердной проводимости при вагусной форме ФП на 4,2 мс.

На основании анализа данных видно, что в основе возникновения вагусной формы ФП лежит не только укорочение ЭРП ЛП на 10,0%, а также замедление внутрисердечной проводимости на 4,5% и снижение автоматической функции синусового узла на 21,5%.

На наш взгляд, особый интерес представляет сравнительный анализ ЭКГ, ЭФ и ЭхоКГ показателей у больных с адренер-

гическими и вагусными формами ФП. Можно выделить три аспекта полученных данных:

Во-первых, это «вагусное замедление» автоматической функции синусового узла, межпредсердной и атриовентрикулярной проводимости. Как видно из таблицы 2, ЧСС при синусовом ритме у больных с вагусной формой ФП реже на 15,4 уд в мин ($p < 0,001$), КВВФСУ больше на 58,8 мс ($p < 0,05$), зубец Р шире на 2,5 мс ($p > 0,05$), точка Венкебаха ниже на 31,1 имп/мин ($p < 0,001$), а ЭРП АВ соединения выше на 48,7 мс ($p < 0,001$).

Во-вторых, это укорочение ЭРП ЛП и увеличение МПО как у больных с адренергическими, так и вагусными формами ФП. Как при адренергической, так и при вагусной форме ФП имеется обратная корреляционная зависимость между МПО и ЭРП ЛП ($r = -0,98$, $p < 0,001$).

Полученная зависимость показывает, что в основе возникновения адренергической и вагусной форм ФП лежит единый ЭФ-механизм – укорочение ЭРП ЛП.

В-третьих, отсутствие влияния вегетативной нервной системы на размер ЛП. Из полученных данных видно, что передне-задний размер ЛП у больных вагусной и адренергической формой ФП практически не отличаются от контрольной группы.

Проведенный корреляционный анализ показал, что между ЭРП ЛП и КВВФСУ у больных с вагусной формой ФП существует обратная зависимость ($r = -0,73$, $p < 0,01$).

Очевидно во время проведения программированной стимуляции, по мере достижения ЭРП ЛП, возможность постстимуляционного угнетения ФСУ увеличивается, поэтому КВВФСУ в этой группе достоверно ($p < 0,05$) выше.

У больных с вагусной формой ФП выявлена еще одна закономерность: по мере увеличения КВВФСУ частота пароксизмов ФП увеличивалась ($r = 0,87$, $p < 0,01$), тогда как при адренергической форме ФП такая закономерность не наблюдалась.

Известна связь между частотой пароксизмов ФП и угнетением автоматической функции синусового узла при синдроме брадикардия – тахикардия [7]. В литературе нет четких указаний о возможной трансформации вагусной или адренергической формы ФП в синдром брадикардия – тахикардия. Полученная корреляционная зависимость между КВВФСУ и частотой пароксизмов при вагусной форме ФП позволяет предположить, что данная форма ФП со временем может трансформироваться в синдром брадикардия – тахикардия.

Выводы. При адренергической и вагусной формах фибрилляции предсердий автоматическая функция синусового узла и атриовентрикулярная проводимость имеют разнонаправленный характер. Субстратом возникновения адренергической формы фибрилляции предсердий является укорочение эффективного рефрактерного периода левого предсердия на 11,6%, а вагусной формы фибрилляции предсердий – укорочение эффективного рефрактерного периода левого предсердия на 10,0%, замедление внутрипредсердной проводимости на 4,5%, снижение автоматической функции синусового узла на 21,5%. У больных с вагусной формой фибрилляции предсердий выявлена прямая корреляционная зависимость между скорректированным временем восстановления функции синусового узла и частотой вагусной формы фибрилляции предсердий, а также обратная корреляционная зависимость между скорректированным временем восстановления функции синусового узла и эффективным рефрактерным периодом левого предсердия, эффективным рефрактерным периодом левого предсердия и максимальным предсердным ответом. У больных с адренергической формой фибрилляции предсердий выявлена обратная корреляционная зависимость между эффективным рефрактерным периодом левого предсердия и максимальным предсердным ответом.

Литература

1. Лавин, Н. Эндокринология (перевод с английского). М.: 1999.
2. Сулимов В.А. Комментарии к рекомендации Американской коллегии кардиологов, Американской кардиологической ассоциации и Европейского общества кардиологов (2006 г.) по ведению больных с фибрилляцией предсердий // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2007. №3. С 112–113.
3. Сулимова В.А., Маколкина В.И. Чреспищеводная электрическая стимуляция сердца. М.: Медицина. 2001. 208 с.

4. Татарский Б. А. Пароксизмальные формы фибрилляции предсердий (ч. II) // Российский кардиологический журнал. 2008. № 3. С 55–64.

5. Татарский Б.А. Пароксизмальные формы фибрилляции предсердий (ч. I) // Российский кардиологический журнал. 2008. № 2. С 52–62.

6. Шиллер Н.Б., Осунов М.А. Клиническая Эхокардиография. М.: Практика. 2005.

7. Шульман В.А. Синдром слабости синусового узла. Санкт-Петербург, 1995.

8. Coumel P. Autonomic influences in atrial tachyarrhythmias // J Cardiovasc electrophysiol. 1996. Vol. 7. P. 999–1007.

9. Domanski M. Prognosis in atrial fibrillation // Eur Heart J 2006. Vol. 27. P. 895–896.

10. Miyasaka Y., et al. Secular Trends in Incidence of Atrial Fibrillation in Olmsted Country, Minnesota, 1980 to 2000, and Implications on the Projections for Future Prevalence // Circulation. 2006. Vol. 114. P. 119–125.

11. Stricberger S.A., et al. Relationship between atrial tachyarrhythmias and symptoms. // Heart Rhythm. 2005. Vol. 2(2). P. 125–31.

INDICES OF THE CARDIAC CONDUCTION SYSTEM FUNCTIONAL STATE IN PATIENTS WITH ISOLATED ATRIAL FIBRILLATION

A.F. RAKHMATULLOV, O.V. ZAKHAROVA, F.K. RAKHMATULLOV, S.A. PCHELINTSEVA, A.F. RAKHMATULLOVA, Y.N. GRACHYOVA

Penza State University, Medical Institute, Department of Internal Medicine

The article analyzes the indices of the cardiac conduction system functional state in patients with isolated auricular fibrillation according to the data of transesophageal electrophysiological heart examination. The obtained results are the evidence of automatic function of sinus node and atrioventricular conduction having different orientation at adrenergic and vagus forms of auricular fibrillation. It is noted, that the substratum of adrenergic auricular fibrillation occurrence is 11.6% shortening of the left atrium effective refractory period, whereas vagus auricular fibrillation refers to 10.0% shortening of the left atrium effective refractory period, 4.5% intra-auricular conduction deceleration and a 21.5% depression of the sinus node automatic function.

Key words: isolated auricular fibrillation, electrocardiography, vegetative control of cardiac performance.

УДК 616.137.83/.92 – 004.6 – 037

МНОГОФАКТОРНАЯ СИСТЕМА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А.В. КАЗАНЦЕВ, Е.А. КОРЫМАСОВ*

В работе изучены прогностически значимые клинические, гемодинамические, гемостазиологические, иммунологические признаки, маркеры дисфункции эндотелия, изменения липидного спектра у больных с облитерирующим атеросклерозом бедренно-подколенно-берцовой локализации. В результате многофакторного анализа разработана патогенетически обоснованная система прогнозирования с расчетом индекса течения заболевания. При индексе менее +13 баллов течение облитерирующего атеросклероза оценивается как непрогрессирующее, при индексе +13 баллов и более – прогрессирующее.

Ключевые слова: атеросклероз артерий нижних конечностей, Прогнозирование, индекс течения

Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (ОААНК) является одним из частых проявлений генерализованного атеросклероза, встречается у 2-3% населения и составляет 20% от всех больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями [9].

Серьезность прогрессирующего течения ОААНК обусловлена и тем, что после появления первых симптомов у 10-40% больных в течение 3-5 лет развивается гангрена, что приводит к ампутации конечности [7].

В этом контексте актуальность приобретает своевременность выполнения операции. Это связано с тем, что сохранность дистального русла, а значит и проходимость шунтов, лучше если вмешательство выполняется до развития *хронической критической ишемии нижних конечностей* (ХКИНК) [1,4]. Однако у большинства больных оперативное вмешательство выполняется только при III и IV стадии ОААНК. Это связано с риском реконструктивно-восстановительных операций и известными осложнениями.

* ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава», 443099 г. Самара, ул. Чапаевская, 89.