

этом должно уделяться перинатальным исходам как основополагающему критерию оценки эффективности пролонгирования беремен-

ности и тактики ведения родов недоношенным плодом.

Сведения об авторах статьи:

Кулавский Евгений Васильевич – доцент кафедры акушерства и гинекологии института последипломного образования ГОУ ВПО БГМУ Росздрава. Адрес: 45000, г.Уфа, ул.Ленина 3. E-mail: eugene11Scr@pochta.ru

Кулавский Василий Агеевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии института последипломного образования ГОУ ВПО БГМУ Росздрава. Адрес: 450000, г.Уфа, ул.Ленина 3. E-mail: eugene11Scr@pochta.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Выхристюк, Ю.В. Преждевременные роды с экстремально низкой и низкой массой плода. Ближайшие и отдаленные результаты: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 26 с.
2. Кулаков, В.И. Перинатальный аудит при преждевременных родах / В.И.Кулаков, Е.М. Вихляева [и др.] М. - Эдинбург, 2005. - 226 с.
3. Преждевременные роды: Методические рекомендации / В.А. Кулавский, Е.В. Кулавский, А.Л. Фролов, В.И. Беглов - Уфа, 2009. – 70 с.
4. Привычное невынашивание беременности: Методические рекомендации / В.А.Кулавский, Е.В.Кулавский, З.Г.Гурова – Уфа, 2009. – 74 с.
5. Савельева, Г.М. проблемы преждевременных родов в современном акушерстве / Р.И.Шалина, А.Г.Плеханова [и др.] // Практическая медицина. – 2010. - N 4 (43). С. 7-12.
6. Шалина, Р.И. Комплексная терапия беременных с угрозой преждевременных родов / Р.И. Шалина, Е.Р. Плеханова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2007. Т. 6,- N1. – С. 33-41.
7. Шалина, Р.И. Тест Actim PARTUS в диагностике угрозы преждевременных родов / Р.И.Шалина, Е.Р.Плеханова, М.В.Лукашина, Н.А. // Магнитская Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии – 2007. Т. 6, - N 2. - С. 14-18.
8. Anotayanonth S., Subhedar N.V., Garner P., Neilson I.P., Harigopal S. Betamimetics for inhibiting preterm labour. Cochrane Database Syst Rev. 2004; 18; (4): CD 004352.
9. Beccary V., Lucas I. Beillat T., Cheret A., Dreifus M. Tocolysis with nifedipine: its use in current practice. Gynecol. Obstet. Fertil. 2005; 33 (7-8): 483-7.
10. Emi R., Pinge A., Prouvost C. et al. The effect of oral administration of progesterone for premature labor. Am J Obstet Gynec May 1986; 154: 525.
11. Lackman F., Capewell V., Richardson B., da Silva O., Gagnon R. The risks of spontaneous preterm delivery and prenatal mortality in relation to size at birth according to fetal versus neonatal growth standards. Am J Obstet Gynecol. 2001; 184 (5): 946-53.

УДК 616.127-004-005.6-007:616.132.2-008.64-36.11]-073-08-035

© З.А. Багманова, В.В. Плечев, Н.А. Мазур, Р.И. Ижбульдин, И.В. Бузаев, В.Г. Руденко, А.Н. Крохалёв, 2011

З.А. Багманова³, В.В. Плечев¹, Н.А. Мазур²,

Р.И. Ижбульдин³, И.В. Бузаев³, В.Г. Руденко¹, А.Н. Крохалёв³

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА СРЕДИ БОЛЬНЫХ С МЫШЕЧНЫМ МОСТИКОМ НАД КОРОНАРНОЙ АРТЕРИЕЙ

¹ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа

²ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования

Минздравоохранения России», г. Москва

³ГУЗ «Республиканский кардиологический диспансер», г. Уфа

Цель: определить частоту острого коронарного синдрома ОКС при наличии мышечного мостика (ММ) у больных с «чистыми» артериями и атеросклеротическим стенозом (АС). Материал, результаты: за 2003–2009гг. у 10298 больных проведена коронароангиография (КАГ). У 364 больных (3,5%) выявлен ММ: 1-я гр. – больные с изолированным ИММ (114 чел.); 2-я гр. – с ММ и артериальной гипертонией (АГ) (59 чел.); 3-я гр. – ММ и АС (105 чел.); 4-я гр. – ММ, АС, АГ (75 чел.). Не выявлено достоверных различий по частоте ОКС у больных с ИММ и сочетанным ММ. Случаи острого инфаркта миокарда (ОИМ) достоверно чаще встречались в группе больных с сочетанием ММ и АС–16/105 больных (15,2%) (p=0,001), при сравнении с группой с ИММ, а также в группе больных с ММ, АС и АГ – 9/75 (12%) (p=0,014 при сравнении с ИММ). Наибольшее количество случаев ИМ в анамнезе встречалось в группе с ММ в сочетании с АС и АГ 35/75 больных (47%) (p1-4=0,00; p2-4=0,05; p3-4=0,04). Выводы: 1. ММ являются независимой причиной развития ОКС у больных с болевым синдромом в груди. 2. У больных с ММ как вариант ОКС острый инфаркт миокарда достоверно чаще развивается при наличии АС. 3. Маммарокоронарное шунтирование (МКШ) следует отнести к методам радикального лечения этой категории больных.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, врожденная аномалия коронарной артерии, мышечный мостик коронарной артерии.

Z.A. Bagmanova, V.V. Plechev, N.A. Mazur,

R.I. Izhbuldin, I.V. Buzayev, V.G. Rudenko, A.N. Krokhal'ov

ACUTE CORONARY SYNDROME INCIDENCE IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL BRIDGE OF CORONARY ARTERY

The aim of the present study is to establish Acute Coronary Syndrome (ACS) incidence rate in Myocardial Bridge (MB) patients with "clear" coronary arteries vs. patients with Coronary Artery Atherosclerotic Stenosis (CAAS). According to the materials and findings, within the period 2003-2009, 10298 patients were examined by means of coronary angiography (SAG). It was found that 364 patients had MB: 1st group – patients with an isolated MB (IMB) (114 patients); 2nd group - patients with MB and Arterial Hypertension (AH) (59 patients); 3rd group - MB and CAAS (105 patients); 4rd group – MB, CAAS and AH (75 patients). No significant difference in the incidence rate of ACS was discovered among patients with IMB and patients with a compound MB. It was proved that cases of Acute Myocardial Infarction (AMI) were more frequent in the group of combined MB and CAAS patients - 16/105 patients (15.2%) ($p=0.001$), as compared to the IMB patients group, cases of Acute Myocardial Infarction were also noted in the MB, CAAS and AH patients group - 9/75 patients (12%) ($p=0.014$ as compared to IMB). The highest incidence rate of cases with IM history was revealed in MB combined with CAAS and AH group of patients - 35/75 patients (47%) ($p_{1-4}=0.00$; $p_{2-4}=0.05$; $p_{3-4}=0.04$). *Conclusions:* 1. MB is an independent cause of Acute Coronary Syndrome development in patients with chest pain syndrome. 2. Among patients with MB, as an option of ACS, acute myocardial infarction is obviously more frequent in CAAS cases. 3. Coronary Artery Bypass Grafting (internal mammary artery) should be considered as a radical therapy in this category of patients.

Key words: acute coronary syndrome, congenital coronary artery abnormality, coronary artery myocardial bridge.

Причиной острого коронарного синдрома (ОКС) и внезапной смерти у молодых людей без факторов риска ишемической болезни сердца (ИБС) может стать врожденная сердечная аномалия - мышечный мостик над коронарной артерией (КА) [1, 4]. Впервые такая аномалия была описана Н.С.Reyman в 1737 году [5]. Мышечный мостик (ММ) представляет собой кольцо из мышечных волокон, охватывающее субэпикардальную коронарную артерию в средней трети и сжимающее её в систолическую фазу каждого сердечного цикла [2, 6]. При определенных состояниях, приводящих к увеличению частоты сердечных сокращений и сократимости миокарда, систолическое сдавливание коронарной артерии становится гемодинамически значимым и провоцирует нарушение коронарного кровотока [7]. У больных с ММ до сих пор остается неизученной частота возникновения неблагоприятных исходов (инфаркта миокарда (ИМ), прогрессирующей и нестабильной стенокардии).

Цель работы: 1) определить частоту ОКС при наличии ММ у больных с «чистыми» КА и у больных с атеросклеротическим стенозом КА (в подгруппах больных без артериальной гипертензии (АГ) и страдающих АГ); 2) сравнить группы больных с изолированным ММ и сочетанным ММ по количеству случаев острого ИМ (ОИМ); 3) выявить межгрупповые различия по частоте встречаемости ранее перенесенного ИМ у больных с ИММ и сочетанным СММ.

Материал и методы

Из числа больных, находившихся с 2003 по 2009 гг. на обследовании и лечении в РКД, 10298 больным была проведена диагностическая коронарная ангиография (КАГ). При направлении на КАГ опирались на общепринятые показания. С 2006 года в РКД стала проводиться экстренная КАГ пациентам с ОКС при давности заболевания не более 12 часов (с ангиопластикой и стентированием инфарктсвязанной артерии). Все больные подписывали информированное согласие на проведе-

ние КАГ. Таким образом, по данным КАГ у 364 (3,5%) из 10298 больных выявлено наличие ММ.

Эти больные были распределены на 4 группы. В 1-ю группу вошли больные с ММ и «чистыми» КА, без сопутствующей сердечно-сосудистой патологии - 114 человек. 2-ю группу составили больные с наличием ММ и АГ – 59 человек. Больные с ангиографически подтвержденным атеросклеротическим поражением КА и ММ составили 3-ю группу - 105 человек. Больные 4-й группы имели сочетание ММ, АГ и атеросклероз КА - 75 человек). Больные с ММ в сочетании с пороком или кардиомиопатией в дальнейшее исследование не включались. Последнюю группу составили 7 больных с ВПС (дефект межпредсердной перегородки) и 4 человека с приобретенным пороком сердца (ревматический аортальный порок).

Кроме того, с целью выявления клинико-инструментальных особенностей в зависимости от выраженности ММ 1-я группа больных была разделена на подгруппы: 1-ю подгруппу (26 чел.) составили больные с систолическим сужением КА на 15 – 30%, 2-ю (48 чел.) с систолическим сужением КА на 35 – 50%, 3-ю (22 чел.) с сужением КА на 51 – 70% и 4-ю подгруппу (18 чел.) с сужением КА на 71 – 100% .

КАГ выполнялась из феморального доступа по стандартной методике М. Judkins на ангиографической установке Philips Integris Allura. У больных с синдромом Лериша доступ осуществлялся через плечевую артерию. Оценка поражения левой и правой КА и их ветвей проводилась по международной шкале TIMI. Для улучшения визуализации ММ больным с атипичной стенокардией во время проведения ангиографического исследования осуществлялась проба с интракоронарным введением нитратов [5]. Больным с ОКС и болевым синдромом давностью не более 12 часов в течение КАГ-исследования единовременно проводилась ангиопластика со стентированием инфарктсвязанной артерии. Всем

больным во время КАГ проводилось ЭКГ-исследование в 12 отведениях на электрокардиографе Bioset 8000.

ЭхоКГ осуществляли на УЗ-сканнере HDI 5000 (ATL). При анализе локальной сократимости ориентировались на 16-сегментарную модель левого желудочка (ЛЖ) и пользовались 4-х балльной шкалой: 1 балл - норма, 2 балла - гипокинез, 3 балла - акинез, 4 балла - дискинез. Индекс нарушения локальной сократимости (ИНЛС) ЛЖ рассчитывался как отношение суммы баллов ЛС к количеству анализируемых сегментов. Систолическая функция миокарда ЛЖ рассчитывалась по стандартной биплановой методике Simpson [3].

Статистическая обработка материала выполнена с помощью стандартных методов с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel 2007, Statistica for Windows v.6.0. Путём анализа распределения количественных данных в группе определялось соответствие его законам нормального распределения. При анализе совокупности данных, распределение которых отличалось от нормального, применялся U-критерий Манна-Уитни. Для сравнения качественных параметров анализируемых групп использовался точный двусторонний критерий Фишера. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты

При анализе состава групп больных по полу установлено, что во всех группах преобладают мужчины (рис.1): 1-я группа – 93 из 114 чел. (81,6%), 2-я группа – 47 из 59 чел. (79,7%), 3-я группа – 93 из 105 чел. (88,6%), 4-я группа – 68 из 75 чел. (90,7%) (различия между группами были недостоверны $p_{1-2}=0,84$; $p_{1-3}=0,19$; $p_{1-4}=0,10$). Выявлено, что в группе с изолированным ММ средний возраст больных был достоверно меньше, чем в других группах, и составил $51,5 \pm 6,5$ года ($p_{1-2}=0,003$; $p_{1-3}=0,001$; $p_{1-4}=0,000$). Так, при сочетании ММ с АГ средний возраст больных составил $55,3 \pm 8,0$ года, при сочетании с коронарным атеросклерозом - $54,5 \pm 6,9$ года, а при сочетании с атеросклеротическим стенозом КА и с АГ – $57,8 \pm 8,2$ года.

Нами проанализированы случаи поступления больных с диагнозом ОКС во всех группах (рис. 2). Наименьшее количество больных с ОКС выявлено в группе больных с ММ, страдающих АГ (2-я группа), 6 из 59 человек, что составило 10%. В данной группе поводом для госпитализации послужила впервые возникшая стенокардия в одном случае, прогрессирующая стенокардия – также в од-

ном случае, 4 больных с ОИМ доставлены в стационар бригадой скорой медицинской помощи (СМП) (после обследования в динамике – с мелкоочаговым ИМ).

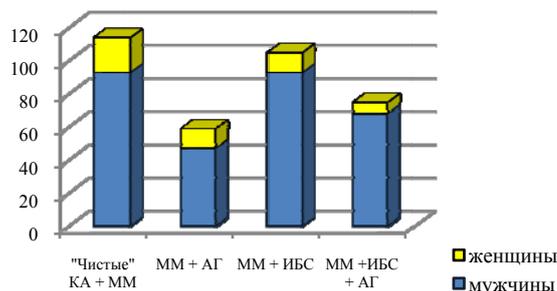


Рис. 1. Распределение больных с мышечным мостиком коронарной артерии по полу: КА – коронарные артерии, ММ – мышечный мостик, АГ – артериальная гипертензия, ИБС – ишемическая болезнь сердца

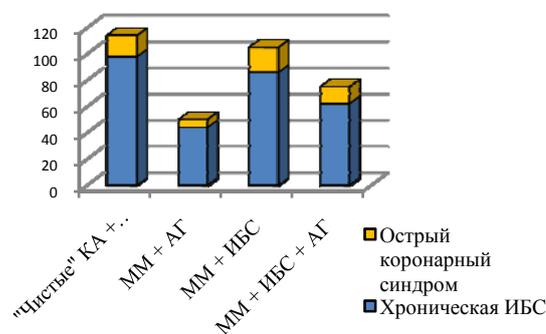


Рис. 2. Распределение больных с мышечным мостиком коронарной артерии по формам ИБС. КА – коронарные артерии, ММ – мышечный мостик, АГ – артериальная гипертензия, ИБС – ишемическая болезнь сердца

Несколько большей оказалась доля больных с ОКС в группе больных с ИММ (1-я группа) – 16 из 114 человек (14%). Впервые возникшая стенокардия установлена в 9 случаях. Из-за прогрессирующей стенокардии потребовалась срочная госпитализация 4 больных. По службе СМП приняты 3 больных с ОИМ (впоследствии документирован мелкоочаговый ИМ).

При более подробном рассмотрении данных группы больных с ИММ наблюдалась тенденция к увеличению количества случаев с впервые возникшей и прогрессирующей стенокардией у больных, имеющих ангиографическое преходящее сужение КА в систолу не более 50% - 8 из 74/114 больных с впервые возникшей и 3 из 74/114 больных с прогрессирующей стенокардией против единичных случаев с аналогичной клинической нестабильностью у больных с более чем 50% систолическим сужением КА (по 1 больному из 40/114 больных). Случаи острого мелкоочагового ИМ встречались в 2 случаях с 30% преходящим систолическим сужением КА (2 из 26/114 больных) и в 1 случае с 75% преходя-

щим систолическим сужением КА (1 из 18/114).

Доли больных с ОКС в группах с сочетанным ММ, имеющих атеросклеротический стеноз КА без АГ (3-я группа), и страдающие АГ (4-я группа) оказались сопоставимыми: 19 из 105 больных (18%) в 3-й и 13 из 75 (17%) в 4-й группах соответственно ($p_{3,4}=1,00$). Так, у больных с ММ и атеросклеротическим стенозом (3-я группа) причиной госпитализации явилась впервые возникшая стенокардия в 1 случае, прогрессирующая стенокардия в 2 случаях. Доставлены бригадой СМП с ОИМ 16 больных. В большинстве случаев развился крупноочаговый ИМ – 9 из 16 случаев (56%), причем у 6 больных – нижебазальной локализации, а у 3 больных переднеперегородочной области ЛЖ. У остальных 7 из 16 больных (44%) с ОИМ в последующем наблюдалась ЭКГ-динамика мелкоочаговых изменений, подтвержденная динамикой биохимических маркеров повреждения миокарда. Хронические формы ИБС регистрировались у 82 из 105 больных 3-й группы: стенокардия III-IV функциональных классов (ФК) – у 81 из 105, нарушения ритма в виде пароксизмов фибрилляции предсердий у одного из 105 больных. Кроме того, 4 больных без кардинальных жалоб поступили в плановом порядке на хирургическое лечение в отделение сосудистой хирургии с периферическими формами атеросклероза: гемодинамически значимым стенозом сонных артерий – 2 из 105 и гемодинамически значимым стенозом сонных и подвздошных артерий другие 2 из 105 больных. В анамнезе у 1 из этих 4 больных отмечался крупноочаговый нижний ИМ, у 1 больного ранее было проведено стентирование правой КА с хорошим клиническим эффектом.

У больных с ММ и атеросклеротическим стенозом, страдающих АГ (4-я группа), причинами экстренной госпитализации явились впервые возникшая стенокардия в 1 случае, прогрессирующая стенокардия в 3 случаях, ОИМ в 9 случаях. У преобладающего большинства больных развился крупноочаговый ИМ ЛЖ – 8 из 9 (89%), нижебазальной локализации – 6 из 8, а также переднеперегородочной локализации у 2 из 8 больных. В одном случае наблюдалась динамика мелкоочаговых изменений миокарда ЛЖ. Также был срочно принят в стационар больной с пароксизмом трепетания предсердий (1 из 75). Остальные больные поступали в плановом порядке со стабильной стенокардией II-IV ФК (57 из 75 случаев), гипертонической болезнью

3-й стадии без ангиальных симптомов (3 из 75), а также со стенотическим поражением сонных и бедренных артерий и сопутствующим постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС).

При выделении случаев ОИМ из доли больных с ОКС установлено (рис.3), что это состояние достоверно чаще встречалось в группе больных с сочетанием ММ и атеросклеротического стеноза КА (3-я группа) – 16 из 105 больных (15,2%) ($p=0,001$ при сравнении с группой с ИММ), а также в группе с ММ, атеросклеротическим стенозом КА и АГ – 9 (12%) из 75 больных ($p=0,014$ при сравнении с больными с ИММ). Достоверной разницы по случаям ОИМ между группой с ИММ (1-я группа) – 2,6% и сочетанием ММ с АГ (2-я группа) – 6,7% не получено ($p=0,23$).

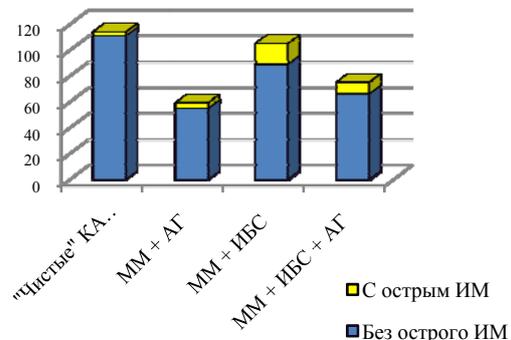


Рис. 3. Доля больных с острым инфарктом миокарда в каждой группе больных с мышечным мостиком. КА – коронарные артерии, ММ – мышечный мостик, АГ – артериальная гипертензия, ИБС – ишемическая болезнь сердца, ИМ – инфаркт миокарда.

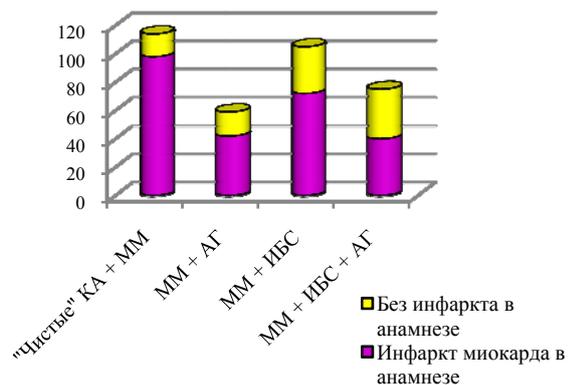


Рис. 4. Доля больных с перенесенным инфарктом миокарда в каждой группе больных с мышечным мостиком. КА – коронарные артерии, ММ – мышечный мостик, АГ – артериальная гипертензия, ИБС – ишемическая болезнь сердца

При анализе частоты встречаемости ранее перенесенного ИМ в группах больных с ИММ и его сочетаниями выявлено (рис.4), что наибольшее количество случаев ИМ в анамнезе встречалось в группе с ММ в сочетании с коронарным атеросклерозом и АГ (4-я группа) 35 из 75 больных (47%) (все различия с другими группами достоверны: $p_{1,4}=0,00$,

$p_{2,4}=0,05$, $p_{3,4}=0,04$). У больных с атеросклеротическим стенозом и ММ КА без АГ (3-я группа) перенесенный ИМ регистрировался почти в 1/3 случаев – 33 из 105 больных (31%). При наличии только АГ у больных с ММ КА (2-я группа) перенесенные ИМ в анамнезе, несмотря на отсутствие коронарного атеросклероза по данным КАГ, встречались у 17 из 59 больных (29%). Различия между 2 и 3-й группами были недостоверны ($p_{2,3}=0,86$). Наименьшее количество больных с ПИКС зарегистрировано в группе больных с ИММ: 16 из 114 случаев (14%) (все различия с другими группами достоверны: $p_{1,2}=0,02$; $p_{1,3}=0,003$; $p_{1,4}=0,00$).

Обсуждение

В целом больные с ММ и маловыраженной клинической картиной, не связанной с физической нагрузкой, могут не вызывать опасения из-за отсутствия риска развития неблагоприятных событий в будущем. Так, в нашей группе больных с ИММ над КА доля больных с ПИКС (14%) оказалась наименьшей и статистически значимой по сравнению с долей больных с инфарктом миокарда в анамнезе в группах с СММ, которая достигала почти 1/3 случаев при наличии АГ или атеросклеротического стеноза КА и почти половины случаев при сочетании и с гипертонией, и с коронарным атеросклерозом.

Не выявлено статистических различий в случаях с ОКС в зависимости от степени выраженности ММ у больных с «чистыми» КА. Такие данные, по-видимому, можно объяснить тем, что коронарная перфузия осуществляется в диастолическую фазу, тогда как ММ сдавливает КА в систолическую фазу. Кроме того, большая предрасположенность к развитию ОКС у больных с менее выраженным систолическим сужением, вызываемым ММ, может быть связана с дисфункцией эндотелия КА, приводящей к их спазму, а также более отсроченным восстановлением коронарного кровотока в последующей диастоле [2].

Доказано, что АГ или атеросклеротический стеноз как в отдельности, так и в сочетании с ММ ухудшают кардиопрогноз больных [1,2]. В связи с этим ни у кого не вызывает сомнения необходимость постоянной коррекции артериального давления или ангинальных симптомов в этих группах больных, тогда как вопрос лечения симптомов у больных с ММ и «чистыми» КА остаётся неоднозначным. Группа немецких врачей [8], наблюдавших 157 больных с ИММ, рекомендует дифференцированный подход в ведении таких больных, учитывающий клиническую картину и дан-

ные обследования. При регулярно возникающих симптомах ишемии, связанных с физической и/или психоэмоциональной нагрузкой, документирующихся функциональными, ультразвуковыми или радиоизотопными стресс-тестами, больным с ММ требуется постоянная терапия β -блокаторами, или антагонистами кальция, или их сочетанием [2, 3]. В тяжёлых клинических случаях могут проводиться эндоваскулярный (стентирование туннелированной мостиком коронарной артерии) или хирургический (маммарокоронарное шунтирование МКШ) способы коррекции. Так, в нашей группе больных с ИММ с документированной ишемией миокарда было проведено МКШ с полной редуциацией симптомов. Однако вопросы хирургических методов лечения до сих пор остаются спорными ввиду молодого возраста больных и отсутствия распространённого поражения коронарного русла, а при планировании шунтирования - тяжести самой операции у больных с изолированным ММ.

Заключение

Из-за относительно высокой доли больных с ОКС в группах больных с сочетанным ММ и увеличением риска развития ИМ у больных с изолированным ММ в старших возрастных группах (в случаях осложнённого клинического течения при дисфункции эндотелия КА) рекомендуется динамическое наблюдение больных с ММ. В качестве скрининговых методов для выявления больных с высоким риском развития ОКС рекомендуется проведение стресс-тестов с физической нагрузкой (ВЭМ, тредмил-тест) или фармакологическими агентами (добутаминовая стресс-ЭхоКГ) [1-3]. При провокации ишемии, сопровождающейся ЭКГ, ЭхоКГ-изменениями, необходимо решать вопрос в пользу МКШ, а в качестве симптоматической дооперационной подготовки больным с ММ проводить терапию β -блокаторами, или пульсурежающими антагонистами кальция, или их сочетанием.

Выводы

1. Мышечный мостик над КА является независимой причиной развития ОКС у больных с болевым синдромом в груди.
2. У больных с ММ острый инфаркт миокарда, как вариант ОКС, достоверно чаще развивается при наличии атеросклеротического поражения КА.
3. Проведённый анализ даёт основание считать, что МКШ следует отнести к методам радикального лечения этих больных.

Сведения об авторах статьи:

Багманова Зилия Адибовна, ГУЗ «Республиканский кардиологический диспансер», отделение функциональной диагностики, врач функциональной диагностики, кандидат медицинских наук, г. Уфа, ул. Ст. Кувькина, 96, zilya20641@yandex.ru
Плечев Владимир Вячеславович, ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», кафедра госпитальной хирургии, заведующий кафедрой, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент АН РБ, заслуженный деятель науки РФ, 450106, г. Уфа, ул. Ст. Кувькина, 96.
Мазур Николай Алексеевич, ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования Минздравсоцразвития России», заведующий кафедрой, доктор медицинских наук, профессор, г. Москва, ул. Черепковская, 15а.
Ижбульдин Рамиль Ильдусович, ГУЗ «Республиканский кардиологический диспансер», отделение сосудистой хирургии, заведующий отделением, доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии ГОУ ВПО БГМУ, врач сердечно-сосудистый хирург, 450106, г. Уфа, ул. Ст. Кувькина, 96.
Бузаев Игорь Вячеславович, ГУЗ «Республиканский кардиологический диспансер», отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения №1, заведующий отделением, врач сердечно-сосудистый хирург, к.м.н.
Руденко Вячеслав Георгиевич, ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», кафедра клинической кардиологии, доцент кафедры, кандидат медицинских наук, 450106, г. Уфа, ул. Ст. Кувькина, 96
Крохалёв Алексей Николаевич, ГУЗ «Республиканский кардиологический диспансер», отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения №1, врач сердечно-сосудистый хирург, 450106, г. Уфа, ул. Ст. Кувькина, 96.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багманова, З.А. Аномалии коронарных артерий // Кардиология. - 2010. – Т. 50, №8. – С.48-55.
2. Багманова, З.А. Аномалии коронарных артерий // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2007. - №6. – С.125-130.
3. Багманова, З.А., Способ неинвазивной дифференциальной диагностики миокардиальных мостиков коронарных артерий методом модифицированной фармакологической стресс-эхокардиографии: патент на изобретение РФ №2360608 Б.И. 2009;19:43 / З.А.Багманова, В.В.Плечев, Н.А.Мазур [и др.].
4. Angelini P., Tivellato M., Donis J. et al. Myocardial bridges: a review // Prog Cardiovasc Dis. – 1983. – V. 26. –P. 75-88.
5. Angelini P., Velasco J.A., Flamm S. Coronary anomalies. Incidence, pathophysiology, and clinical relevance // Circulation. – 2002. – V. 105. – P. 2449-2454.
6. Antman E.M., Braunwald E. Acute myocardial infarction / Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine, 5th ed. // Ed. by Braunwald E. Philadelphia: W.B. Saunders Company. – 1997. – P. 1184-1288.
7. Ferreira A.G.Jr., Trotter S.E., König B., et al. Myocardial bridges: morphological and functional aspects // Br Heart J. – 1991. – V. 66. – P. 364-367.
8. Schwarz E.R., Gupta R., Haager P.K., et al. Myocardial bridging in absence of coronary artery disease: proposal of a new classification based on clinical-angiographic data and long-term follow-up // Cardiology. – 2008. – V. 112. – P. 13-21.

УДК 616.517-07:616.153.915

© А.А. Иблиямина, З.Р. Хисматуллина, О.А. Курамшина, Е.С. Мухутдинова, П.Д. Болотов, Н.Н. Мурашкин, 2011

А.А. Иблиямина, З.Р. Хисматуллина, О.А. Курамшина,
Е.С. Мухутдинова, П.Д. Болотов, Н.Н. Мурашкин

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ С СОПУТСТВУЮЩИМ
ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ**

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа

Исследованы биохимические показатели желчи и сыворотки крови у 52 больных псориазом с сопутствующим хроническим некалькулезным холециститом и у 20 больных псориазом без таковой патологии, находящихся на амбулаторном лечении. В настоящей работе нами предлагается использование препаратов гепабене и хофитол, способных восстанавливать нарушенные функции желчного пузыря, желчевыводящих путей и нивелировать гепатотоксическое воздействие современной системной терапии псориаза.

Ключевые слова: псориаз, желчь, хронический некалькулезный холецистит.

A.A. Ibliyaminova, Z.R. Khismatullina, O.A. Kuramshina,
E.S. Mukhutdinova, P.D. Bolotov, N.N. Murashkin

**COMBINATION THERAPY FOR PSORIASIS IN PATIENTS
WITH CONCOMITANT CHRONIC NONCALCULOUS CHOLECYSTITIS**

Biochemical bile and blood serum indicators in 52 psoriasis out-patients with concomitant chronic noncalculous cholecystitis and in 20 psoriasis out-patients without that pathology have been studied. In the present work we propose administering Hepabene and Chofotol drugs, which can restore disturbed functions of the gall bladder and biliary excretion ducts. These agents can also neutralize hepatotoxic effects of contemporary systemic therapy for psoriasis.

Key words: psoriasis, bile, chronic noncalculous cholecystitis.

Изучение патогенеза псориаза остается актуальным в современной дерматологии. Определенный научный интерес представляет изучение функционального состояния желч-

ного пузыря и желчевыводящих путей у больных псориазом. Углубленные исследования в этом направлении помогут уточнить отдельные звенья патогенеза и оценить эффектив-