

массой тела. Однако особенности структурно-функциональной перестройки миокарда ЛЖ у пациентов с АГ и избыточной массой тела и ожирением до конца не изучены.

Цель: изучение взаимосвязи между массой миокарда левого желудочка и массой тела. Задачи: 1. Изучить распространенность гипертрофии миокарда левого желудочка в основной (АГ) и контрольной (пневмония) группах; 2. Сравнить показатели индекса массы тела (ИМТ) у пациентов с гипертрофией миокарда контрольной и основной групп.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ историй болезни пациентов кардиологического и пульмонологического отделений мужского пола УЗ «6 ГКБ» г. Минска в период с 2009 по 2011 гг., которым выполнялась ЭхоКГ. В основную группу вошли 25 пациентов с диагнозом внегоспитальная пневмония; контрольную группу составили 55 пациентов с диагнозом первичная АГ. По данным УЗИ сердца оценивался показатель массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), который рассчитывался по формуле Penn Convention: $ММЛЖ = 1,04 \cdot [(КДР + ТМЖП + ТЗСЛЖ)^3 - (КДР)^3] - 13,6$. Показатель ИММЛЖ рассчитывали как отношение ММЛЖ (г) к площади поверхности тела (S) ($м^2$). Критерием ГМЛЖ послужили значения ИММЛЖ более 125 $г/м^2$. Статистический анализ проводился с помощью непараметрических методов в программе Statistica 7.0.

Результаты и их обсуждение. Процентное значение пациентов с ГМЛЖ в контрольной группе составило 24% (6 пациентов из 25), в основной группе – 31% (17 пациентов из 55). Для сравнения ИМТ у пациентов с гипертрофией миокарда контрольной и основной групп мы использовали непараметрический метод Манна-Уитни, который не выявил статистически значимые отличия ($p > 0,05$).

Оценивая количественные показатели ИМТ у пациентов с ГМЛЖ основной и контрольной групп было выявлено, что среднее значение ИМТ у пациентов с диагнозом АГ равно 28,2 $г/м^2$, а у пациентов с диагнозом внегоспитальная пневмония – 31,8 $г/м^2$. Оценка медиан (27,2 $г/м^2$ у пациентов с АГ; 32,4 $г/м^2$ у пациентов с пневмонией), 25-ого (25,3 $г/м^2$ у пациентов с АГ; 28,7 $г/м^2$ – у пациентов с пневмонией) и 75-ого (30,2 $г/м^2$ у пациентов с АГ; 33,8 $г/м^2$ у пациентов с пневмонией) процентилей не указывают на заметно выраженные различия ИМТ в основной и контрольной группах. Таким образом, ГМЛЖ развивается у пациентов с избыточной массой тела независимо от основного заболевания (в данном случае пневмония либо АГ).

Выводы. 1. Среди больных с диагнозом АГ гипертрофия встречается в 31% случаев, а с диагнозом внегоспитальная пневмония – в 24% случаев.
2. Среднее значение ИМТ у пациентов с ГМЛЖ с диагнозом АГ составляет 28,2 $г/м^2$ ($Me = 27,2 г/м^2$), а с диагнозом внегоспитальная пневмония – 31,4 $г/м^2$ ($Me = 32,4 г/м^2$).

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Якимова А.В. (6 курс, пед. фак-т)
Ярославская государственная медицинская академия
Кафедра терапии педиатрического факультета
Научный руководитель – д.м.н. проф. Кратнов А.Е.

Известно, что сахарный диабет 2 типа (СД) приводит к развитию специфического поражения сердца – диабетической кардиомиопатии, сопровождающейся снижением сократительной способности миокарда и способствующей частому развитию сердечной недостаточности и увеличению смертности. Одним из важных проявлений любой кардиомиопатии является ремоделирование левого желудочка (ЛЖ).

Целью исследования было изучение ремоделирования ЛЖ у больных СД.

Материалы и методы. Обследовано 127 больных СД (средний возраст $48,8 \pm 7,6$ лет) без ишемической болезни сердца. У 69 (54,3%) больных СД выявлялась гипертоническая болезнь (ГБ), среди которых было 12 (17,4%) с 1 стадией и 57 (82,6%) пациентов со 2 стадией заболевания. Средняя продолжительность СД составляла менее 5 лет – у 65 (51,2%), от 5 до 10 лет – у 25 (19,7%), более 10 лет – у 1 (0,8%) пациента. СД был выявлен впервые у 36 (28,3%) пациентов. В качестве критерия компенсации обмена веществ у больных СД согласно рекомендациям Европейского бюро Международной федерации по диабету и Европейского бюро ВОЗ был использован уровень гликозилированного гемоглобина. Больных с низким риском сосудистых осложнений было 60 (47,2%), с риском развития макроангиопатии – 13 (10,2%), с риском развития микроангиопатии – 54 (42,6%) пациента. С целью диагностики ремоделирования ЛЖ определялись индекс массы миокарда ЛЖ (норма для мужчин 71-94 $г/м^2$, для женщин 62-89 $г/м^2$) и индекс относительной толщины стенок ЛЖ (норма 0,45). Выделялись 4 геометрических типа ЛЖ: нормальная геометрия, концентрическое ремоделирование, концентрическая гипертрофия, эксцентрическая гипертрофия.

Результаты и обсуждение. У пациентов ГБ без СД достоверно чаще встречалось концентрическое ремоделирование ЛЖ (77,8% > 32,1%; $p = 0,01$). В группе пациентов СД без ГБ чаще наблюдались эксцентрическая и концентрическая гипертрофия ЛЖ (25% > 11,1%). У больных СД с наличием сопутствующей ГБ выявлялось достоверное увеличение случаев ремоделирования ЛЖ (40,6% > 13,8%; $p = 0,0008$) за счет роста количества концентрической (35,8% > 25%) и эксцентрической гипертрофии (32,1% > 25%). Известно, что концентрическая гипертрофия и концентрическое ремоделирование обладают более неблагоприятным прогностическим значением, чем эксцентрическая гипертрофия ЛЖ. Наличие СД у больных ГБ сопровождалось достоверным увеличением случаев концентрической гипертрофии ЛЖ (35,8% > 11,1%; $p = 0,08$). При изучении показателей ЭхоКГ в зависимости от состояния компенсации не выявлено достоверных различий. Однако у больных СД с наличием диабетической невропатии чаще наблюдалась концентрическая гипертрофия ЛЖ (33,3% > 0%).

Заключение. Развитие СД, в том числе осложненного диабетической невропатией, сопровождается частым ремоделированием левого желудочка в виде прогностически наиболее неблагоприятного изменения его формы – концентрической гипертрофии.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ФИБРИНОЛИЗА КОНДЕНСАТА ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА

Воротняк Т.М. (к.м.н.), Гриценко Н.В. (ординатор), Понюк В.В. (ординатор)
Буковинский государственный медицинский университет
Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней
Научный руководитель – д.м.н. проф. Колоскова Е.К.

Актуальность. Современные исследования направлены на минимизацию инвазивных методов в педиатрии, одной из которых является изучение конденсата выдыхаемого воздуха. В то же время практически нет работ, посвященных определению показателей конденсата выдыхаемого воздуха при вегетативных дисфункциях у подростков.

Цель исследования: изучить диагностическую ценность использования показателей фибринолитической активности для верификации первичной артериальной гипертензии у подростков.

Материалы и методы исследования. Обследовано 20 детей с вегетативной дисфункцией по гипертоническому типу (I клиническая группа, средний возраст $14,2 \pm 0,69$ лет, 42% мальчиков) и 10 детей, страдающих первичной артериальной гипертензией (II группа, средний возраст $15,4 \pm 0,47$ лет, 67% мальчиков, $p > 0,05$). В конденсате выдыхаемого воздуха определяли неферментативную и ферментативную фибринолитическую активность (Кухарчук А.Л., 2001).

Результаты и их обсуждение. Отмечено, что у детей I группы по сравнению с пациентами II группы наблюдается повышение как неферментативной фибринолитической активности ($0,4 \pm 0,02$ мкг азофибрина/млчас против $0,31 \pm 0,03$ мкг азофибрина/млчас, $p < 0,05$), так и ферментативной фибринолитической активности – $0,44$ мкг азофибрина/млчас против $0,4$ мкг азофибрина/млчас ($p < 0,05$). Следует отметить, что показатель меньше $0,44$ мкг азофибрина/млчас свидетельствовал про наличие первичной артериальной гипертензии с чувствительностью 53,2%, специфичностью 86,4%, предсказуемой ценностью положительного результата 93,3%, отношением шансов 7,2, отношением правдоподобия 3,9, посттестовой вероятностью теста 87,8%. Показатель ферментативной фибринолитической активности в конденсате выдыхаемого воздуха у детей меньше $0,48$ мкг азофибрина/млчас соответствовал артериальной гипертензии с чувствительностью 62%, специфичностью 77,2%, предсказуемой ценностью положительного результата 90,7%, отношением шансов 5,5, отношением правдоподобия 2,7, посттестовой вероятностью теста 73%.

Выводы. Таким образом, полученные результаты дают основание считать, что показатели фибринолитической активности в конденсате выдыхаемого воздуха можно использовать как дополнительный диагностический критерий для верификации первичной артериальной гипертензии у подростков.