

ней брюшной стенки и изучены основные причины неудовлетворительных результатов их лечения. Повторные оперативные вмешательства после применения сетчатых имплантатов выполнены у 24 пациентов. Операции носили плановый (в 19 (79,2%) больных) и отсроченный характер (5 (20,8%) пациентов). Осложнения, требующие выполнения повторных оперативных вмешательств в раннем послеоперационном периоде были у 3 (12,5%) человек: перфорация острой язвы двенадцатиперстной кишки - 1 (0,2%), кровотечение в послеоперационную рану - 1 (0,2%), абдоминальный компартмент-синдром 3-4 ст - 1 (0,2%) случай. В отдаленном послеоперационном периоде осложнения наблюдали у 21 (87,5%) пациента в виде: рецидива грыжи - 8 (1,6%) случаев, отторжения сетчатого имплантата с рецидивом грыжи - 3 (0,6%), флегмоны передней брюшной стенки с лигатурными свищами - 2 (0,4%), затянувшейся субмукулярной серомы зоны имплантации - 2 (0,4%), ограниченного инфицирования раны в зоне имплантации - 2 (0,4%), абсцесса зоны имплантации - 2 (0,4%), миграции сетки в брюшную полость с формированием кишечных свищей, абсцессов брюшной полости и перитонита - у 2 (0,4%) человек. Летальные последствия имели место у 3 (0,6%) больных. Улучшение результатов лечения данной категории больных должно базироваться на индивидуальной оценке состояния больного и дифференцированном выборе оптимальной технологии лечения в каждом конкретном случае.

Summary

CHARACTERISTICS OF REPEAT SURGERIES AFTER ALLOPLASTY ON ANTERIOR ABDOMINAL WALL

Lysenko R.B., Podliesnyi V.I.

Key words: repeated surgery, alloplasty, anterior abdominal wall.

This paper presents the retrospective analysis of surgical interventions in 517 patients with hernias of the anterior abdominal wall subjected to alloplasty and the main causes of unsatisfactory outcomes. Repeated surgery after using mesh implants was performed in 24 patients. These operations were elective and postponed in 19 (79.2%) patients, and 5 (20.8%) patients had emergencies. Complications requiring repeated surgery in the early postoperative period were observed in 3 (12.5%) patients. They included acute perforated duodenal ulcer - 1 (0.2%), postoperative bleeding wound - 1 (0.2%), abdominal compartment syndrome - 1 (0.2%) case. In the late postoperative period complications were seen in 21 (87.5%) patients. These complications related to hernia recurrence registered in 8 (1.6%) cases, rejection of mesh implant with recurrent hernias seen in 3 (0.6%) cases, phlegmone of the anterior abdominal wall with ligature fistulas were registered in 2 (0.4%) cases, as well s submuscular seroma - 2 (0.4%), wound infection limited to the area of implantation - 2 (0.4%), abscess of implant - 2 (0.4%), mesh migration into the abdominal cavity with the formation of intestinal fistula, abscess and peritonitis abdominal cavity - in 2 (0.4%) patients. There were 3 lethal cases (0.6% of patients). The approaches in improving surgical outcomes should be based on a thorough assessment of the patient's condition and patient-centered selection of optimal mode in each case.

УДК 616.124-008.46-072.7

Мороз М. Н., Трёмбовецкая Е.М., Ювчик Е.В.

ОСОБЕННОСТИ ПРОДОЛЬНОГО СМЕЩЕНИЯ СТенок ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ АНЕВРИЗМАХ

ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии имени Н.М. Амосова НАМН» (г. Киев)

Целью работы было изучение особенностей продольного смещения стенок левого желудочка у больных с аневризмами различной локализации. Обследовано 141 пациент с аневризмами левого желудочка и 35 пациентов без сердечной патологии, которым была проведена спекл-трекинг эхокардиография. Полученные данные позволили определить факторы, влияющие на продольное смещение миокарда ЛЖ у данной категории больных. В дальнейшем это даст возможность правильно оценить функциональное состояние больного и выбрать необходимую тактику хирургической коррекции.

Ключевые слова: аневризма левого желудочка, эхокардиография, продольное смещение.

Работа является фрагментом НИР «Деформация, ротация и смещение миокарда при различного вида постинфарктных аневризмах левого желудочка».

Сердце представляет собой объемную трёхмерную структуру. Сокращением левого желудочка (ЛЖ) является одновременная деформация в трёх различных направлениях - продольном, циркулярном и радиальном. Результатом продольной и циркулярной деформации является продольное смещение. Многочисленными исследованиями доказано, что максимальная деформация происходит на уровне

верхушечных сегментов. [7, 8, 9]. Верхушечные отделы, оставаясь практически неподвижными, подтягивают срединные, а те в свою очередь подтягивают базальные отделы [3]. В результате получается, что базальные отделы, сравнительно меньше деформируясь в продольном и циркулярном направлении, претерпевают максимальное смещение вниз к верхушке сердца. Такое движение атриовентрикулярного кольца и

базальных отделов в сторону верхушки является гемодинамически оправданным. Дело в том, что сечение ЛЖ именно на уровне этих срезов является максимальным и смещение именно этих отделов приводит к тому, что значительное количество крови, находящейся именно в этом отрезке объёма, выталкивается в аорту, приводя к т. о. максимальный вклад в образование ударного объёма ЛЖ. Фактически продольное смещение базальных отделов отражает насосную работу ЛЖ в продольной оси [5].

У пациентов с ИБС и постинфарктными аневризмами ЛЖ зона рубца в 90% случаев приходится на переднеперегородочно-верхушечную зону. Поражается область, для которой в норме характерна максимальная скорость деформации и выраженное влияние на механику движения вышерасположенных участков.

Постинфарктная аневризма ЛЖ представляет собой фиброзный или фиброзно-мышечный рубец различной степени жёсткости, характеризующийся систолической а- или дискинезией [2].

Неаневризматическая часть ЛЖ может быть представлена нормо- или различной степени гипокинетичным миокардом.

Уровень взаимного влияния аневризматической и неаневризматической зоны и определяет темпы процессов ремоделирования (скорость изменения толщины стенок, размеров и формы полости ЛЖ, анулоэктазии митрального клапана, смещение папиллярных мышц) и в конечном итоге функциональные возможности ЛЖ [1, 10].

В современной литературе не анализировалось влияние постинфарктных аневризм ЛЖ на продольное смещение миокарда.

Цель исследования

Изучить особенности продольного смещения стенок ЛЖ при аневризмах различной локализации.

Объект и методы исследования

Для диагностики аневризм, а также для определения оценки функционального состояния миокарда, использовали метод комплексной эхокардиографии (ЭхоКГ). Всем обследованным пациентам была проведена ЭхоКГ на ультразвуковом аппарате экспертного класса VIVID E9 фирмы General Electric с использованием секторных датчиков с переменной частотой от 1,5 до 5,0 МГц. Все датчики, независимо от частоты сканирования, имели совместимые режимы одномерной и двухмерной ЭхоКГ, а также режимы импульсной и непрерывной доплер-ЭхоКГ и цветное доплеровское картирование.

Особое внимание было уделено новой ультразвуковой технологии Спекл-трекинг-ЭхоКГ (speckle tracking). Её принцип состоит в том, что двухмерное изображение разделяется на маленькие сегменты-пиксели (как мозаика). Комбинация пикселей серой шкалы из сегментов

уникальна. Это позволяет отслеживать перемещение выбранных участков структур миокарда на протяжении сердечного цикла. Полученные данные система представляет графически: кривые, цветная шкала, таблицы и в виде векторов.

Для исследования кардиодинамики и удобства оценки функции каждого сегмента ЛЖ в данной работе использовалась схема сегментарного деления ЛЖ, предложенная Американской ассоциацией эхокардиографии [10]. Продольное смещение сегментов ЛЖ измеряли в систолу в мм.

Статистическую обработку результатов проводили после создания базы данных в программе Microsoft Excel, пользуясь методом вариационной статистики для средних величин. Все значения представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее значение показателя, m стандартная погрешность средней. При сравнении средних величин пользовались коэффициентом Стьюдента для определения их достоверности. Разница между показателями признавалась достоверной при $p < 0,05$.

Объектом исследования в данной работе были 141 пациент с различной локализацией аневризм ЛЖ, подтверждённой данными коронарентрикулографии (средний возраст $55,2 \pm 8,4$ года, мужчин – 86%), которые находились на лечении в «Институте сердечнососудистой хирургии им. акад. Н.М.Амосова» в 2010-2015 гг., и 35 пациентов, которые не предъявляли жалоб со стороны сердца и других органов, а их параметры классической Доплер-эхокардиографии находились в границах нормы (средний возраст $48,3 \pm 9,2$ лет мужчин – 50%).

Все пациенты (141 человек) в зависимости от локализации аневризм были разделены на группы.

В 1-ю группу вошли пациенты с передне-верхушечными аневризмами (19 человек, средний возраст $51,7 \pm 7,3$ года, мужчин – 100%), клиника которых соответствовала 1-2 ФК по NYHA.

В 2-ю группу вошли пациенты с переднеперегородочно-верхушечными аневризмами, (90 человек, средний возраст $56,9 \pm 8,7$ года, мужчин – 90%), клиника которых соответствовала 2-4 ФК по NYHA.

В 3-ю группу вошли пациенты с переднебоковыми аневризмами (16 человек, средний возраст $53,2 \pm 10$ года, мужчин – 100%), клиника которых соответствовала 2-4 ФК по NYHA.

В 4-ю группу вошли пациенты с базальными аневризмами (16 человек, средний возраст $53,5 \pm 8,6$ года, мужчин – 70%), клиника которых соответствовала 2-4 ФК по NYHA.

Каждая из этих групп, согласно классификации W.S. Stoney в модификации А.М. Чернявского, была разделена на 2 типа: первый тип - с нормокинезом неаневризматической части ЛЖ, второй - с гипо- или акинезом неаневризматиче-

ской части ЛЖ.

В 2-х и 4-х камерной позиции сердца определены конечнодиастолический объём (КДО), конечный систолический объём (КСО) ЛЖ, рассчитаны конечнодиастолический и конечносистолический индексы (КДИ, КСИ), индекс ударного объёма и фракция выброса по Симпсону (ФВ).

По данным коронаровентрикулографии и ЭхоКГ была произведена визуальная оценка сократимости каждого сегмента ЛЖ, затем прове-

ден сравнительный анализ с данными Спеклтрекинг ЭхоКГ.

Результаты исследования и их обсуждение

После проведения оценки сегментарной сократимости ЛЖ по данным коронаровентрикулографии и ЭхоКГ, проведения расчётов объёмов и фракции выброса, пациенты были распределены следующим образом (табл. 1).

*Таблица 1
Распределение больных по группам*

Виды аневризм	Передневерхушечные		Переднеперегородочно-верхушечные		Переднебоковые		Базальные	
	1	0	1	2	1	2	1	2
Тип движения неаневризматической части	19	0	62	28	7	9	7	9
Количество	19	0	62	28	7	9	7	9
КДИ, мл/м2	70,0± 11,1	0	89,9±12,1	109,5 ± 21,1	81,7±18,6	120 ± 24,3	71,7 ±9,6	100,2 ± 10,2
КСИ, мл/м2	36,6± 6,7	0	57,6±11,1	79,3± 21,1	51,2± 16,1	74,2± 20,1	41,3± 6,9	70,2± 9,4
УО/С мл/м2	31,1 ± 4,3	0	34,1 ± 7,6	35,1 ± 8,1	29,6 ± 5,7	30,1 ± 7,4	31,4±10,6	33,2 ± 7,1
ФВ %	47,3± 3,1	0	38,7 ± 4,9	31,7 ± 5,1	38,3 ± 7,2	25,6 ± 5,3	43,9 ± 3,6	35,2 ± 3,2
Тромбированная аневризма	35%		25%	71%	20%	62%	0%	30%
БЛНПГ	0%	0%	33%	50%	40%	47%	0%	14%
ФК по NYHA	1— 2	0	1— 3	2— 4	2— 4	2— 4	1— 2	2— 4

В группе здоровых людей (35 человек) в систолу векторы продольного смещения сегментов ЛЖ имеют позитивные значения, то есть направлены в сторону верхушки ЛЖ. При этом все кривые, с помощью которых графически изображается смещение, расположены выше изолинии. В диастолу наблюдается постепенное возвращение стенок ЛЖ к первоначальному их положению и векторы продольного смещения сегментов стенок ЛЖ направлены уже в сторону

кольца митрального клапана.

Амплитуда продольного смещения миокарда ЛЖ в норме всегда максимальна на уровне базальных сегментов и, постепенно уменьшаясь, становится минимальной в области верхушки.

У пациентов с ИБС и постинфарктными аневризмами всех видов отмечается снижение показателей максимального сегментарного продольного смещения во всех отделах ЛЖ (табл. 2-4).

*Таблице 2
Показатели максимального сегментарного продольного смещения миокарда ЛЖ в норме и при аневризмах различной локализации*

Стенка	Норма n=35	Группа 1 n=19	Группа 2 n=90		Группа 3 n=16		Группа 4 n=16	
		1 тип	1 тип	2 тип	1 тип	2 тип	1 тип	2 тип
Базальные отделы								
переднеперегородочная	15,5 ± 2,8	8,7 ± 3,0	4,4 ± 3,7	2,6 ± 3,4	5,9 ± 3,2	3,7 ± 3,0	16,0 ± 3,3	9,1±2,9
передняя	17,0 ± 3,2	9,2 ± 1,9	3,6 ± 3,7	2,7 ± 3,9	4,4 ± 2,7	1,9 ± 3,3	14,2 ± 2,1	6,8 ± 2,2
боковая	17,3 ± 4,3	10,3 ± 2,3	6,6 ± 4,0	2,6 ± 3,3	3,2 ± 1,6	1,5 ± 3,5	10,84±3,3	6,0 ± 1,6
задняя	17,2 ± 1,1	10,5 ± 4,5	5,8 ± 6,1	2,4 ± 3,4	3,6 ± 1,6	3,3 ± 2,9	6,8 ± 2,8	6,0 ± 2,0
нижняя	20,3 ± 3,2	10,7 ± 2,1	10,1 ± 4,6	5,38± 3,0	7,8 ± 3,6	5,7 ± 3,6	15,8 ± 2,5	9,2 ± 3,8
перегородочная	19,4 ± 2,4	9,6 ± 2,0	7,6 ± 2,4	6,2 ± 2,7	7,6 ± 3,1	5,9 ± 2,6	15,1 ± 1,9	8,6 ± 4,8
Срединные отделы								
переднеперегородочная	9,8 ± 2,9	4,0 ± 6,5	1,3 ± 2,3	0,8 ± 2,3	2,3 ± 2,5	2,0 ± 2,1	10,8 ± 3,5	4,1 ± 4,1
передняя	9,9 ± 2,7	2,9 ± 1,4	0,3 ± 1,1	0,8 ± 2,1	1,6 ± 1,2	0,9 ± 1,9	6,8 ± 2,2	3,8 ± 2,6
боковая	10,9 ± 2,4	4,1 ± 2,5	0,6 ± 0,9	0,5 ± 1,8	0,9 ± 2,1	0,6 ± 2,5	6,1 ± 2,2	4,6 ± 3,0
задняя	9,5 ± 2,4	3,6 ± 2,1	1,2 ± 1,7	-0,5 ± 2,3	0,8 ± 2,3	1,0 ± 2,4	10,8 ± 1,7	3,8 ± 3,4
нижняя	13,7 ± 2,8	3,4 ± 2,3	2,5 ± 2,6	0,7 ± 2,7	1,1 ± 3,0	2,0 ± 2,3	13,5 ± 1,7	5,2 ± 4,2
перегородочная	13,5 ± 2,2	3,7 ± 1,8	2,1 ± 3,0	2,8 ± 2,8	2,7 ± 2,4	3,1 ± 2,4	12,7 ± 2,0	4,3 ± 4,4
Верхушечные отделы								
переднеперегородочная	2,9 ± 1,3	0,9 ± 1,1	-0,5 ± 1,4	-0,2 ± 1,4	0,6 ± 1,3	0,4 ± 1,0	3,6 ± 2,4	0,8 ± 1,8
передняя	2,5 ± 1,3	0,4 ± 0,9	0,9 ± 0,1	-0,2 ± 0,7	0,7 ± 1,0	1,4 ± 1,6	1,5 ± 1,4	1,9 ± 2,9
боковая	3,2 ± 1,3	1,5 ± 1,7	-0,6 ± 0,7	-0,2 ± 0,9	0,3 ± 1,4	0,4 ± 1,3	1,8 ± 1,8	2,4 ± 2,3
задняя	3,7 ± 1,4	0,6 ± 1,4	0,4 ± 0,2	-0,5 ± 1,3	0,1 ± 1,4	0,2 ± 1,2	3,3 ± 1,7	2,5 ± 2,0
нижняя	5,0 ± 1,8	-0,2 ± 1,2	-1,2 ± 0,3	-0,5 ± 1,3	-1,1 ± 1,0	0,2 ± 1,2	7,0 ± 2,8	1,2 ± 3,5
перегородочная	5,3 ± 1,8	0,5 ± 1,4	-0,1 ± 0,8	0,8 ± 1,5	0,1 ± 1,1	0,9 ± 1,2	5,6 ± 2,1	0,8 ± 2,2

*Таблице 3
Показатели максимального сегментарного продольного смещения миокарда в различных отделах ЛЖ в норме и при аневризмах различной локализации*

Отдел	Норма n=35	Группа 1 n=19	Группа 2 n=90		Группа 3 n=16		Группа 4 n=16	
		1 тип	1 тип	2 тип	1 тип	2 тип	1 тип	2 тип

Базальный	17,8±1,3	9,8± 5,3	6,3± 1,7	3,7± 1,5	5,4± 1,6	3,6± 4,1	13,8± 2,9	7,5± 1,2
Срединный	11,2± 1,5	3,6± 3,2	1,3±0,6	0,9± 0,6	1,6± 0,3	1,6± 0,7	10,1± 2,4	4,3± 0,4
Верхушечный	3,5± 0,9	0,6± 0,3	-0,2± 3,9	-0,1 ± 0,3	0,1 ± 0,4	0,1± 0,4	3,8± 1,7	1,6± 0,7

*Таблица 4
Различие от нормы (%) максимального сегментарного продольного смещения миокарда в различных отделах ЛЖ при аневризмах различной локализации*

Отдел	Группа 1 n=19	Группа 2 n=90		Группа 3 n=16		Группа 4 n=16	
	1 тип	1 тип	2 тип	1 тип	2 тип	1 тип	2 тип
Базальный	-45,00%	-65,00%	-79,00%	-70,00%	-80,00%	-22,00%	-58,00%
Срединный	-68,00%	-88,00%	-92,00%	-96,00%	-96,00%	-10,00%	-62,00%
Верхушечный	-83,00%	-106,00%	-103,00%	-77,00%	-77,00%	8,00%	-54,00%

У пациентов 1-й группы с верхушечными аневризмами и удовлетворительной сократимостью неаневризматической части отмечается выраженное снижение амплитуды смещения во всех отделах (в том числе сегментов незатронутых рубцом). У части пациентов (а точнее у 50%) показатели максимального сегментарного смещения в верхушечном отделе приобретают отрицательные значения.

У пациентов 2-й и 3-й группы первого типа (т. е. с удовлетворительной сократимостью неаневризматической части) наблюдается более выраженное снижение амплитуды смещения во всех отделах, но отрицательные значения теперь фиксируются как в верхушечных сегментах, так и в сегментах срединных отделов.

У пациентов 2-й и 3-й группы второго типа (т. е. с гипо- и акинезом неаневризматической части) продолжается тенденция выраженного снижения амплитуды смещения миокарда на всех уровнях левого желудочка. При этом у 62% пациентов второй группы и у 100% пациентов третьей группы появляются сегменты с отрицательными значениями амплитуды смещения уже в базальных отделах. Такое выраженное снижения амплитуды смещения и наличие сегментов с отрицательными значениями смещения во всех отделах приводит к снижению и практически нивелированию насосной функции ЛЖ в продольной оси. Для этой группы больных характерны резкие темпы нарастания сердечной недостаточности.

У пациентов 4-й группы первого типа, с заднебазальными аневризмами, отмечается выраженное снижение амплитуды смещения только на уровне заднебазального сегмента и умеренное снижение амплитуды смещения на уровне всего базального отдела. Цифры смещения на уровне срединных и верхушечных отделов остаются практически такими же, что и у здоровых людей.

Для пациентов 4-й группы второго типа характерно снижение амплитуды смещения на всех уровнях, но менее драматичное, чем в первых трёх группах пациентов.

Выводы

1. В процессе сокращения сердца при всех видах аневризм ЛЖ отмечается снижение амплитуды смещения, но, как и в норме, максима-

льными значения продольного смещения остаются в базальных отделах левого желудочка.

2. При верхушечных аневризмах отмечается более выраженное снижение амплитуды смещения базальных отделов (6,3±1,7мм), чем при заднебазальных аневризмах (13,8±2,96мм), что доказывает влияние деформации верхушечных и срединных отделов на смещение базальных отделов.

3. При верхушечных аневризмах у 50% пациентов, при переднеперегородочно-верхушечными аневризмах у 86% пациентов и у 100% пациентов с переднебоковыми аневризмами показатели максимального сегментарного смещения в верхушечном отделе приобретают отрицательные значения.

4. У 62% пациентов с переднеперегородочно-верхушечными аневризмами и у 100% пациентов с переднебоковыми аневризмами второго типа (т. е. с гипо- и акинезом неаневризматической части) появляются сегменты с отрицательными значениями амплитуды смещения и в базальных отделах.

5. У пациентов с а- или гипокинезом неаневризматической части выраженное снижение амплитуды смещения и наличие сегментов с отрицательными значениями смещения во всех отделах приводит к резкому нарастанию признаков сердечной недостаточности.

Перспективы дальнейших исследований

В дальнейшем на основе полученных данных планируется использовать их в качестве критериев тяжести у пациентов с аневризмами в пред- и послеоперационном периоде.

Литература

1. Дземешкевич С.Л. Дисфункции миокарда и сердечная хирургия / С.Л. Дземешкевич, Л.И.Стивенсон. – М. : Гэотар-Медиа, 2009. - С. 48-56.
2. Доложенко М.Н. Аневризма левого желудочка: дефиниции, механизмы формирования, диагностика, показания операции и прогноз / М.Н. Доложенко // Серцева недостатність. - 2009. - № 2. - С. 29-32.
3. Мирошник М. Векторний аналіз в ехокардіографії: методологія, норма / М. Мирошник // Image Sante – Науково-практична бібліотека. – 2011. - 93 с.
4. Шмидт Г. Физиология человека: в 4-х томах. Пер. с англ. / Г. Шмидт, Ч. Вейсс, Г. Антони [и др.] / Под ред. - М. : Мир, 1986. - Т. 3. - 288 с.
5. Carlsson M. Atrioventricular plane displacement is the major contributor to left ventricular pumping in healthy adults, athletes and patients with dilated cardiomyopathy / M. Carlsson, M. Ugander, H. Mosen [et al.] // Am. J. Physiol. Heart Circ. Physiol. Vol. - 2007. - Vol. 292. – P. 1452–1459.

6. Castelvécchio S. Surgical ventricular restoration to reverse left ventricular remodeling / S. Castelvécchio, L. Menikanti, M. Di Donato // Current Cardiology Reviews. - 2010. - Vol. 6. - P. 15-23.
7. Dalen H. Segmental and global longitudinal strain and strain rate based on echocardiography of 1266 healthy individuals: the HUNT study in Norway / H. Dalen, A. Thorstensen, S.A. Aase [et al.] // Eur. J. Echocardiogr. - 2010. - Vol. 11 (2). - P. 176-183.
8. Geyer H. Assessment of myocardial mechanics using speckle tracking echocardiography: fundamentals and clinical applications / H. Geyer, G. Caracciolo, H. Abe [et al.] // J. Am. Soc. Echocardiogr. - 2010. - Vol. 23. - P. 351-369.
9. Kang S.J. Longitudinal strain and torsion assessed by twodimensional speckle tracking correlate with the serum level of tissue inhibitor of matrix metalloproteinase-1, a marker of myocardial fibrosis, in patients with hypertension / S.J. Kang, H.S. Lim, B.J. Choi [et al.] // J. Am. Soc. Echocardiogr. - 2008. - Vol. 21, № 8. - P. 907-911.
10. Recommendations for Chamber Quantification: A Report from the American Society of Echocardiography's Guidelines and Standards Committee and the Chamber Quantification Writing Group, Developed in Conjunction with the European Association of Echocardiography, a Branch of the European Society of Cardiology // Journal of the American Society of Echocardiography. - 2006. - Vol. 18, № 12. - P. 1443-1447.

Реферат

ОСОБЛИВОСТІ ПОЗДОВЖНЬОГО ЗМІЩЕННЯ СТІНОК ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ПРИ АНЕВРИЗМИ

Мороз М. М., Трембовецька О.М., Ювчик Є.В.

Ключові слова: аневризма лівого шлуночка, ехокардіографія, поздовжнє зміщення.

Метою роботи було вивчення особливостей поздовжнього зсуву стінок лівого шлуночка у хворих з аневризмами різної локалізації. Обстежено 141 пацієнтів з аневризмами лівого шлуночка і 35 пацієнтів без серцевої патології, яким була проведена спекл-трекінг ехокардіографія. Отримані дані дозволили визначити чинники, що впливають на поздовжнє зміщення міокарда ЛШ у даної категорії хворих. Надалі це дасть можливість правильно оцінити функціональний стан хворого і вибрати необхідну тактику хірургічної корекції.

Summary

CHARACTERISTICS OF LONGITUDINAL DISPLACEMENT OF LEFT VENTRICULAR WALLS IN ANEURISM

Moroz M. N., Trembovetska E.M., Yuvchik Ye.V.

Key words: aneurism of left ventricular, echocardiography, longitudinal displacement.

The purpose of this research was to study the characteristics of longitudinal displacement of left ventricular walls in patient with aneurism of the different localization. The study involved 141 patients with aneurism and 35 patients without cardiac pathology who were carried out speckle-tracking echocardiography. Obtained date allow us to identify factors influencing on the longitudinal displacement of left ventricular walls in patient of this group. In future, this will make it possible to estimate functional status of patients correctly and to choose the proper tactics of surgical correction.

УДК 616-005.4+616.379-008.64]-092-085.212.3:616.379-008.9

Оврах Т.Г.

ВЛИЯНИЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ НА АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА ПРИ ПРИЕМЕ ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ

ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», Харьков, Украина

Цель работы - оценить показатели тромбоцитарного гемостаза в зависимости от уровня инсулинорезистентности у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом (СД) 2 типа после острого коронарного синдрома (ОКС) при приеме двойной антитромбоцитарной терапии. Обследовано 75 больных ИБС, которые за 6 ± 2 недели до включения в исследование перенесли ОКС и принимали двойную антитромбоцитарную терапию (ацетилсалициловая кислота (АСК) 75-100 мг/сут и клопидогрель 75 мг/сут), из них 55 больных с СД 2 типа и 20 больных без СД. Группу контроля составили 15 человек без ИБС и СД, не принимавшие антитромбоцитарные препараты. Оценивали показатели тромбоцитарного гемостаза (тромбоцитограмма, агрегация тромбоцитов, индуцированная аденозиндифосфатом (АДФ)/арахидоновой кислотой (арахидонат), уровень 11-дегидро-тромбоксан В2 (11-дТхВ2) в моче), углеводного обмена (глюкоза натощак, гликозилированный гемоглобин (HbA_{1c}), инсулин, индекс НОМА-IR). У больных ИБС в сочетании с СД после ОКС на фоне двойной антитромбоцитарной терапии выявлены признаки большей, чем у больных без СД, остаточной реактивности тромбоцитов, которая, очевидно, обусловлено развитием резистентности к АСК и зависит от степени выраженности инсулинорезистентности. Только у больных СД после ОКС при контролируемой гликемии инсулинорезистентность способствует ускоренному обороту тромбоцитов, тогда как, при дальнейшем увеличении инсулинорезистентности ее влияние становится менее значимым, а гиперреактивность тромбоцитов в большей степени определяется степенью выраженности гипергликемии.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет 2 типа, ацетилсалициловая кислота, клопидогрель, тромбоциты.

Данные публикации базируются на результатах исследований диссертационной работы