

Summary

OBESITY, OSTEOARTHRITIS AND RELATED DISEASES

Yakimenko E.A., Efremenkova L.N.

Investigated the association of knee osteoarthritis (OA), hypertension, dyslipidemia, impaired glucose tolerance with obesity. A total of 90 patients with osteoarthritis of the knee I-IV radiologic stage and overweight. In these same patients revealed hypertension, dyslipidemia, glucose intolerance (diabetes). It was established that with increasing body mass index (BMI) is

associated an increase in radiographic stages of OA, the proportion of patients with arterial hypertension, dyslipidemia, impaired glucose tolerance. Thus, overweight and obesity are both risk factor for the development and progression of knee OA, hypertension, dyslipidemia and impaired glucose tolerance. *Key words: osteoarthrosis of knee, obesity, arterial hypertension, dyslipidemia*

Впервые поступила в редакцию 28.03.2012 г. Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 616.12-008.313-089-053.085-036.886

ПОЛНАЯ АВ-БЛОКАДА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 50 ЛЕТ: КАРДИОСТИМУЛЯТОР ИМПЛАНТИРОВАН, РИСК ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ОСТАЛСЯ?

Клочко В.В., Ермураки С.П., Бурдейный И.В., Зорина О.И., Рисович Д.В.
Одесский Национальный медицинский университет, ГКБ №9, г. Одесса.

После имплантации кардиостимуляторов при АВ-блокаде II-III степени 210 больным без клапанной патологии и изменений насосной функции сердца у 60 из них при плановой проверке стимуляторов зарегистрированы эпизоды неустойчивой желудочковой тахикардии, при холтеровском мониторинге устойчивой желудочковой тахикардии не зарегистрировано. Нужно дальнейшее изучение проблемы для анализа выживания этой категории больных и целесообразности имплантации кардиовертера-дефибриллятора.

Ключевые слова: имплантируемые кардиостимуляторы, атрио-вентрикулярная блокада, желудочковые тахикардии, ИКД-терапия.

Актуальность темы

Внезапная сердечная смерть может быть результатом различных заболеваний сердца. По данным ВОЗ в структуре внезапной смерти (ВС) 80 % приходится на ишемическую болезнь сердца (ИБС), 10-15% на кардиомиопатии, 5% на пороки сердца, миокардит, аритмогенную дисплазию правого желудочка и менее 1 % на болезнь Чагаса, саркоидоз, синдром удлиненного QT и др. Проанализировав 157 случаев ВСС у пациентов с амбулаторным мониторингом сердечного ритма по методу Холтера, Bayes de Luna приводит схему структуры непосредственных причин ВСС, где 83% занимают желудочковые тахикардии [1]. По его данным непосредственной причиной ВС в 62 % является монорморфная желудочковая тахикардия (ЖТ), в 13% полиморфная ЖТ, в 8% случаев – фибрилляция желудочков (ФЖ), и в 17 % - брадикардии. Среди всех желудочковых нарушений ритма на долю ишемических процессов миокарда приходится около

75%, на долю кардиомиопатий и миокардитов - 15%, на идиопатические НР - 10%, на ятрогенные (лекарственные, постоперационные, и др.) – 24%, на наследственные аритмии (синдром удлиненного QT, синдром Бругада и др.) до 2%. Около 50% страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями в западных странах, умирают внезапно [2]. Внезапная смерть в возрастной категории от 35 до 74 лет за пределами клиник составляют 1,91 случаев на 1000 жителей среди мужчин, и 0,75 – 0,9 случаев – среди женщин. В странах Европы около 2500 человек умирают внезапно ежедневно, причем если в этих странах средний возраст погибающих составляет 55-65 лет, и показатель смертности растет вместе с возрастом [3]. Сразу стоит отметить, что все пациенты, которых мы пролечили в рамках этого исследования, были доставлены с первичным диагнозом атрио-вентрикулярная (АВ) блокада II-III степени, что зафиксировано на электрокардиограмме (ЭКГ). К тому же, ни у кого из пациентов не

было в анамнезе ишемической болезни сердца (ИБС).

Цель исследования: определить возможную необходимость имплантации кардиостимуляторов с функцией дефибрилляции у больных старше 50 лет с АВ-блокадой II-III степени.

Материалы и методы

Проанализирован 4-летний опыт отделения хирургического лечения аритмий ГКБ № 9 г. Одессы по клиническому применению имплантируемых кардиостимуляторов с эндокардиальными электродами у больных жизнеугрожающими нарушениями ритма сердца и проводимости. Во время планового контроля ЭКС в сроки 1, 6, 12 мес. выявлены эпизоды жизнеугрожающей желудочковой тахикардии. Проводится статистический анализ факторов, влияющих на возникновение пароксизмов желудочковых аритмий, их количество и терапию. Анализируется возможность имплантации ИКД в будущем пациентам с похожей клинической картиной. Изучается выживаемость в данной группе больных и ее зависимость от сократительной способности миокарда левого желудочка. Цель исследования состояла в изучении эффективности и безопасности применения имплантируемых кардиостимуляторов и использованию кардиовертеров-дефибрилляторов у таких пациентов.

С января 2008 года по декабрь 2011 года в отделении кардиохирургии было имплантировано 210 двухкамерных систем ЭКС. ЭКС были имплантированы по стандартной методике. В группу исследования вошли 105 мужчин и 85 женщин старше 50 лет. При обследовании больных до операции не выявлено признаков ИБС, синдромов удлинённого или укороченного интервалов QT, клапанной патологии, ожирения, сахарного диабета, гиперхолестеринемии и дислипидемии. У всех пациентов, по данным эхокардиографии (ЭхоКГ), фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) была более 50%. Никто из пациентов ранее не переносил сердечно-легочную реанимацию.

Результаты и их обсуждение: после имплантации ЭКС, некоторые пациенты предъявляли жалобы на эпизоды «пресинкопе», без связи с физической нагрузкой. При плановой проверке у 60 пациентов из группы были зарегистрированы эпизоды неустойчивой желудочковой тахикардии. Причем, «пробежки» желудочковой тахикардии состояли из 5-8 и/или из 10-20

комплексов. При проведении холтеровского мониторирования никто из больных не перенес эпизода устойчивой желудочковой тахикардии. При проведении контрольной ЭХОКГ не выявлено изменения насосной функции и клапанной патологии. Практически всем больным была проведена коронарография. 8 пациентам проведена коронарная реваскуляризация.

Выводы

Мы считаем, что данная проблема нуждается в дальнейшем мониторинговании и изучении для анализа выживаемости данной категории больных и целесообразности имплантации кардиовертера-дефибриллятора. Какие-то окончательные выводы были бы поспешными.

Литература

1. Bayes de Luna A. Ambulatory sudden cardiac death: mechanisms of production of fatal arrhythmia on the basis of data from 157 cases / Coumel P., Leclercq J.F. // Am. Heart J.- 1989.- Vol.117.- P. 151 - 159.
2. Sudden cardiac death: management of high-risk patients / Akhtar M., Garan H., Lehmann M.H., [et al.] // Ann. Intern. Med.- 1991.- Vol. 114.-P. 499-512.
3. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death—Executive Summary. / Zipes D., Camm J., Borggrefe M. [et al.] // J.Am.Coll.Cardiol.- 2006.- Vol. 48.- P. 1064-1108.

Резюме

ПОВНА АВ-БЛОКАДА У ПАЦІЄНТІВ ПОНАД 50 РОКІВ: КАРДІОСТИМУЛЯТОР ІМПЛАНТОВАНИЙ, РИЗИК РАПТОВОЇ СМЕРТІ ЗАЛИШИВСЯ?

Клочко В.В., Ермуракі С.П., Бурдейний І.В., Зоріна О.І., Рісовіч Д.В.

Після імплантації кардіостимуляторів при АВ-блокаді II-III ступеню 210 хворим без клапанної патології та змін насосної функції серця у 60 з них при плановій перевірці стимуляторів зареєстровані епізоди нестійкої шлуночкової тахікардії, при холтеровському моніторингу стійкої шлуночкової тахікардії не зареєстровано. Потрібно подальше вивчення проблеми для аналізу виживання цієї категорії хворих та доцільності імплантації кардіовертера-дефібрилятора.

Ключові слова: кардіостимулятори що імплантуються, атріо-вентрикулярна бло-

када, шлуночкові тахіаритмії, ІКД-терапія.

Summary

FULL AV BLOCK IN PATIENTS OLDER THAN 50 YEARS: PACEMAKER IMPLANTED, RISK OF SUDDEN DEATH LEFT?

Klochko V.V., Ermuraki S.P., Burdeyny I.V., Zorina O.I., Risovich D.V.

After implantation of heart pacemaker at AV-blockade: II-III degree 210 patients without valvular pathology of heart pumping function and changes in 60 of them when the planned

checking stimulant registered episodes unstable ventricular tachyarrhythmia, Holter monitoring sustained ventricular is not registered. To further explore the issues for the analysis of survival in this category of patients and the wisdom of implanting kardioverter-defibrillator.

Keywords: implantable pacemakers, atrio-ventricular block, ventricular tachyarrhythmias, ICD therapy.

Вперше поступила в редакцію 28.03.2012 г. Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 616.853:575.113 : 612.014.42:616-085

КОРЕЛЯЦІЇ ДАНИХ ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАФІЇ ТА ФАРМАКОГЕНЕТИЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ У ХВОРИХ ІЗ ЕПІЛЕПСІЄЮ

Орос М.М.

Ужгородський Національний університет

Статистично достовірну кореляцію (індекс кореляції за Пірсоном 0,9 і більше) між даними електроенцефалографії (ЕЕГ) і фармакогенетичним поліморфізмом установленно тільки у хворих з фармакорезистентною формою епілепсії. Тому, вірогідно, СС поліморфізм генів Р - глікопротеїн rs1045642, Р - глікопротеїн rs1128503, ТТ поліморфізм гена SCN1A rs3812718 і такі ЕЕГ феномени, як високий індекс епіактивності на ЕЕГ та/або поліморфізм епіактивності на ЕЕГ та/або дифузні зміни на ЕЕГ та/або високоамплітудна повільнохвильова ЕЕГ в комбінації у одного пацієнта, можуть служити критеріями фармакорезистентності даного хворого до дії ПЕП

Ключові слова: епілепсія, фармакорезистентність, фармакогенетика, електроенцефалографія.

Епілепсія - одне з найбільш поширених захворювань центральної нервової системи. У світі проживає 40-50 млн. хворих на епілепсію, в Україні - близько 500 тис. Соціальна значимість проблеми визначається поширеністю епілепсії, можливістю розвитку інвалідності у 1/3 хворих при недостатньому лікуванні змін особистості, психіки, необхідністю тривалого прийому антиепілептичних препаратів, необхідністю вирішення соціально- правових питань [4]. У 60-70% випадків припинення нападів спостерігається при використанні протіепілептичних препаратів (ПЕП) в дозах, які викликають суттєві побічні ефекти [3]. І це може бути ще прийнятно як плата за позбавлення від епілептичних припадків при вираженій затримці психомоторного розвитку на фоні органічного ураження головного мозку, при відсутності реальної перспективи істотного поліпшення загального нервово-психічного і соціального статусу перспективи лікування хворого. Але,

більше того, в 20-25% випадків медикаментозне лікування взагалі неефективно. У таких випадках доводиться обмежуватися мінімальною медикаментозною протіепілептичною терапією, що дозволяє знизити число і ступінь вираженості тільки важких нападів або запобігти розвитку епілептичногостатусу [1].

Резистентною, або некурабельною, називають епілепсію, при якій важкість і частота нападів, неврологічні і психічні порушення або побічні дії АЕП не піддаються задовільній корекції і не прийнятні для хворого.

За останні десятиліття розвиток фармакогенетики дає сподівання на покращення швидкого вибору адекватного протіепілептичного препарату, що, в свою чергу, дало б змогу зупинити процес епілептогенезу та зберегти соціальну активність пацієнта. Особлива увага приділяється мішеням дії протіепілептичних