

НАРУШЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ ИННЕРВАЦИИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

А.С. Корелина¹, Т.В. Жданова¹, А.В. Назаров²

¹ГБОУ ВПО Уральская Государственная Медицинская академия Минздрава России,

²МАУ ГКБ № 40, г. Екатеринбург

Актуальность. Синдром внезапной сердечной смерти у пациентов с терминальной почечной недостаточностью (тХПН) распространен достаточно широко. Согласно американской нефрологической базы даны, 22–27% пациентов, получающих терапию гемодиализом, погибают от синдрома внезапной сердечной смерти, развившегося в результате желудочковых тахикардий (USRDS, 2010). Одним из маркеров повышенного риска этого грозного осложнения является ригидность циркадного профиля сердечного ритма (Casolo G. et al., 1989; Molnar J. et al., 1997). Показано, что снижение циркадного индекса (ЦИ) ниже 1,2 ассоциировано с развитием стойкой вегетопатии и феномена «денервированного» сердца, отражающего истощение адаптивных механизмов сердца (Макаров Л.М., 1999). Таким образом, цель данной работы – оценить циркадный профиль ритма сердца на основании расчета ЦИ у пациентов с тХПН, получающих заместительную терапию (ЗПТ).

Материалы и методы. В основную группу исследования было включено 43 пациента с тХПН, получающих ЗПТ программным гемодиализом (ГД) – 22 человека, и постоянным амбулаторным перитонеальным диализом (ПАПД) – 21 человек. В группу сравнения вошли 20 пациентов с хронической болезнью почек III стадии (креатинин $147,35 \pm 35,06$ мкмоль/л). Возраст пациента с тХПН составил $48,49 \pm 1,51$ лет, пациентов из группы сравнения – $46,6 \pm 1,58$ ($p > 0,05$). Обязательным условием для пациентов с тХПН было начало ЗПТ не ранее, чем за 6 месяцев до включения в исследование и адекватный диализ (Kt/V для пациентов на ГД $\geq 1,2$; для пациентов на ПАПД $\geq 1,7$). В исследование не были включены пациенты с сахарным диабетом, признаками активности основного заболевания и клинически манифестной кардиоваскулярной патологией.

Всем пациентам выполнялось холтеровское мониторирование с использованием 3-канальной системы регистрации «Кардио-ДМЗ» (Astel LTd, Россия), позволяющей мониторировать 3 отведения – V_2 , V_5 и модифицированное III отведение. Циркадный профиль ритма сердца оценивался на основании ЦИ, рассчитываемого как отношение средней дневной (с 7.00 до 22.00) к средней ночной (с 23.00 до 6.00) ЧСС. Кроме того,

всем пациентам была выполнена эхокардиография с использованием ультразвуковой системы LOGiQe GE Health Care (GE MS IT GmbH, Germany). Наличие диастолической дисфункции (ДД) и гипертрофии левого желудочка сердца (ГЛЖС) диагностировались по общепринятым критериям (Devereux R.B. et al., 1984; Savage D.D., et al., 1987; Liu J. E. et al., 1998).

Полученные результаты. Среди пациентов с тХПН у 33 человек ЦИ был ниже 1,2 (77%), тогда как в группе сравнения ригидность циркадного профиля ритма сердца наблюдалась только у 5 пациентов (25%). Средняя величина ЦИ у пациентов, получающих ЗПТ, составила $1,143 \pm 0,013$, что было достоверно ниже, чем у пациентов из группы сравнения ($1,285 \pm 0,035$; $p < 0,001$). При этом уровень ЦИ у пациентов с тХПН не зависел от метода ЗПТ ($1,134 \pm 0,012$ у пациентов на ГД и $1,153 \pm 0,025$ у пациентов на ПАПД, $p > 0,05$).

Частота встречаемости ДД среди пациентов с тХПН составила 58% ($n=25$), однако, снижение ЦИ от наличия ДД не зависело ($p > 0,05$). ГЛЖС регистрировалась у 49% пациентов на ЗПТ ($n=21$), но, также как и ДД, не влияла на величину ЦИ ($p > 0,05$).

Выводы

У пациентов с тХПН наблюдается снижение уровня ЦИ, не зависимо от наличия у них ДД и ГЛЖС, что отражает нарушение вегетативной регуляции ритма сердца, и может служить маркером повышенного риска синдрома внезапной сердечной смерти у данной группы пациентов.

АСПЕКТЫ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА

Т.П. Киселёва, Ф.А. Абрамова, Е.Ф. Шубина

*ГБОУ ПВО Уральская государственная медицинская академия Минздрава России,
г. Екатеринбург*

Проведён анализ хирургического лечения 38 случаев ПГПТ. Из 38 исследуемых – 35 (92,1%), 3 – мужчин (7,9%). Возрастной интервал составил от 16 до 68 лет (средний возраст – $45,6 \pm 2,34$ года). Больным в течение 3–6 лет болезни не был установлен диагноз и они безуспешно лечились у