

17. Thirunavukkarasu Sathish, Gabrielli T de Mello, Yingting Cao Is newly diagnosed diabetes a stronger risk factor than pre-existing diabetes for COVID-19 severity? // J Diabetes. - 2021 Feb. - №13(2). - С. 177-178.

18. Lauren B. Arendse, A. H. Jan Danser, Marko Poglitsch, Rhian M. Touyz, John C. Burnett, Jr., Catherine Llorens-Cortes, Mario R. Ehlers, and Edward D. Sturrock Novel Therapeutic Approaches Targeting the Renin-Angiotensin System and Associated Peptides in Hypertension and Heart Failure // Pharmacol Rev.. 2019 Oct. №71(4). С. 539–570.

УДК 616.12-008.331.

Шамбатов М. А.¹, Изможерова Н.В.¹, Попов А.А.²
СИСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОК С
ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В
ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

1. Кафедра фармакологии и клинической фармакологии
2. Кафедра госпитальной терапии и скорой медицинской помощи
Уральский государственный медицинский университет
Г. Екатеринбург, Российская Федерация

Shambatov M.A.¹, Izmozherova N.V.¹, Popov A.A.²
SYSTOLIC MYOCARDIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH
CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA IN THE POSTMENOPAUSAL PERIOD

1. Department of Pharmacology and Clinical Pharmacology
2. Department of Hospital Therapy and Emergency Medical Care
Urals State Medical University
FSBI «USMU» MOH Russia
Yekaterinburg, the Russian Federation

E-mail: shambatovma@gmail.com

Аннотация. В статье приведены результаты одномоментного исследования, посвященного оценке состояния миокарда у женщин с признаками дисплазии соединительной ткани, находящихся в постменопаузе.

Annotation. The article provides the results of a cross-sectional study on the assessment of the state of the myocardium in postmenopausal women with signs of connective tissue dysplasia.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, постменопауза, эхокардиография.

Keywords: connective tissue dysplasia, postmenopause, echocardiography.

Введение

Актуальность изучения дисплазии соединительной ткани (ДСТ) в настоящее время обусловлена увеличением частоты ее выявления в популяции и

значительным вкладом патологии соединительной ткани в развитие заболеваний различных систем органов, в том числе и сердечно-сосудистой системы (ССС) [2]. У пациентов с ДСТ чаще выявляются заболевания ССС, в том числе и ассоциированные с кардиоваскулярными событиями [1]. Несмотря на то, что врачам наиболее известны классические наследственные синдромы ДСТ - Эллерса — Данло и Марфана, значительно чаще в популяции выявляются недифференцированные формы дисплазии соединительной ткани (НДСТ). При этом, оценке состояния ССС у пациентов с НДСТ посвящено ограниченное количество публикаций. Более половины пациентов с ДСТ - женщины, в том числе постменопаузального периода [2].

Цель исследования - оценка частоты выявления недифференцированной дисплазии соединительной ткани и состояния миокарда у женщин постменопаузального возраста.

Материалы и методы исследования

Проведено кросс-секционное исследование. На условиях добровольного информированного согласия включено 88 женщин, находящихся в постменопаузе, медиана возраста - 68 лет (65÷70,5 год), продолжительность менопаузы – 18 лет (16÷21 год).

Критерии включения: постменопауза продолжительностью не менее 5 лет, наличие подписанного информированного добровольного согласия на участие в исследовании. Критерии исключения: наличие искусственного водителя ритма, сердечная недостаточность III и IV функциональных классов по NYHA, признаки развития острого или обострения хронического инфекционного заболевания.

Диастолическую функцию ЛЖ оценивали по показателям максимальной скорости раннего диастолического наполнения (E') и предсердной систолы (A'), времени замедления раннего диастолического наполнения (DT), времени изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRT).

Для сбора анамнеза использована стандартизированная анкета. Всем пациентам проведены эхокардиографическое исследование (ЭХО-КГ) и Допплер-ЭХО-КГ по стандартной методике.

ДСТ определяли по наличию фенотипических признаков согласно карте M.J. Glesby (1989). НДСТ диагностировали при наличии 3 и более из 16 признаков [4].

Гипермобильность суставов оценивали по шкале C.Carter и J. Wilkinson в модификации P. Beighton [3].

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета «STATISTICA 13.0» (№ лицензии JPZ904I805602ARCN25ACD-6). Мера усреднения данных - медиана, мера разброса - 25 и 75 перцентили. Различия оценивали с использованием критериев Манна – Уитни, χ^2 — Пирсона, степень взаимосвязи признаков оценивали с помощью корреляционного критерия Спирмена. Различия и корреляции признавались значимыми при уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

НДСТ выявлена у 26 (30%) пациенток, составивших основную группу, 62 (70%) пациенток без НДСТ составили группу сравнения.

Возраст основной группы – 66 (63÷69), группы сравнения – 68 (66÷71), ($p=0,03$). Продолжительность менопаузы пациенток основной группы – 19,5 лет (17÷21), в группе сравнения – 18 лет (16÷20), различия значимы ($p=0,48$).

При оценке результатов Эхо-КГ среди пациенток основной группы и группы сравнения получены следующие результаты (табл.1). При оценке линейных размеров миокарда левого желудочка статистически значимые различия установлены в отношении толщины задней стенки левого желудочка (у пациенток основной группы – 9 мм (9÷10), группы сравнения – 10 мм (9÷10), $p=0,01$); конечного систолического размера (у пациенток основной группы – 28 мм (26÷29), группы сравнения – 29 мм (27÷31), $p=0,03$). Толщина межжелудочковой перегородки, передней и боковой стенок ЛЖ, перегородочно-боковой размер ЛЖ и индекс относительной толщины стенки ЛЖ у пациенток основной группы и группы сравнения не различались.

При сравнении объемных параметров, характеризующих длинную ось ЛЖ от основания митрального клапана до верхушки установлены значимые различия конечно-систолического объема ЛЖ (у пациенток основной группы – 29 мл (25÷32), группы сравнения – 32 мл (29÷36), $p=0,02$). Статистически значимых различий в значениях конечно-диастолического (КДО), ударного объемов (УО), фракции укорочения фракции выброса у пациенток основной группы и группы сравнения не выявлены.

Выявлены статистически значимые различия массы миокарда левого желудочка в основной группе и группе сравнения (у пациенток с нДСТ – 170 г (148÷188), без нДСТ – 181 г (162÷210), $p=0,04$)

Пациентки основной группы имели более высокие значения вертикального размера левого предсердия, объема левого предсердия. При этом, в группе сравнения выявлены статистически значимо более высокие значения диаметра правого предсердия и площади правого предсердия (таблица 1).

Ни в одном случае не преодолен «порог» эхокардиографических маркеров ремоделирования при котором характер ремоделирования определялся бы как дезадаптивный.

Таблица 1. Показатели Эхо-КГ у пациенток с нДСТ и без нДСТ.

Показатель	Основная группа (Женщины с нДСТ) (n=26)	Группа сравнения (Женщины без нДСТ) (n=62)	P
Диаметр корня аорты, мм	32 (31÷34)	31 (30÷33)	0,15
Диаметр восходящего отдела аорты, мм	32 (30÷35)	30 (29÷33)	0,07
Раскрытие створок аортального клапана, мм	18 (17÷19)	17 (17÷19)	0,75

*VI Международная (76 Всероссийская) научно-практическая конференция
«Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения»*

Горизонтальный размер левого предсердия, мм	45 (36÷55)	45 (43÷48)	0,74
Вертикальный размер левого предсердия, мм	42 (35÷46)	37 (35÷40)	0,01
V левого предсердия, мл	50 (40÷63)	41 (36÷47)	0,00
Скорость пика E см/с	67 (55÷74)	69 (60÷79)	0,59
Скорость пика A, см/с	76 (67÷91)	78 (65÷89)	0,86
E/A	0,8 (0,67÷1,09)	0,99 (0,67÷1,09)	0,73
TD (толщина МЖП в диастолу), мм	208 (188÷237)	200 (160÷220)	0,14
КДР, мм	46 (44÷47)	47 (45÷49)	0,17
КСР, мм	28 (26÷29)	29 (27÷31)	0,03
КДО, мл	96 (87÷105)	100 (91÷110)	0,25
КСО, мл	29 (25÷32)	32 (29÷36)	0,02
УО, мл	67 (59÷73)	71 (64÷76)	0,31
Фракция выброса, %	70 (65÷72)	68 (64÷70)	0,33
Фракция укорочения, %	39 (37÷41)	38 (36÷40)	0,13
EPSS, мм	4 (4÷5)	4 (4÷5)	0,59
МЖП, мм	10 (10÷11)	10 (10÷11)	0,19
СЗЛЖ, мм	9 (9÷10)	10 (9÷10)	0,01
ИКДР, см/м ²	3 (2,5÷2,8)	3 (2,5÷2,8)	0,25
ММЛЖ, г	170 (148÷188)	181 (162÷210)	0,03
ИММЛЖ, г/м ²	100 (95÷115)	106 (95÷115)	0,27
Базальный диаметр правого желудочка, мм	32 (29÷34)	32 (29÷34)	0,87
Средний диаметр правого желудочка, мм	22 (22÷24)	24 (22÷24)	0,04
Проксимальный диаметр правого желудочка, мм	58 (57÷65)	60 (57÷65)	0,02

Толщина свободной стенки правого желудочка, мм	3 (2,2÷3)	3 (2,2÷3)	0,37
Вертикальный размер правого предсердия, мм	39 (37÷44)	41 (37÷44)	0,31
Горизонтальный размер правого предсердия, мм	33 (32÷36)	35 (32÷36)	0,13
V правого предсердия, мл	30 (30÷38)	32 (30÷38)	0,12
S правого предсердия, см ²	11 (12÷15)	14 (12÷15)	0,01

При сравнении частоты выявления патологии клапанного аппарата у пациенток с нДСТ статистически значимых различий не выявлено (табл.2).

Таблица 2. Частота выявления патологии клапанного аппарата.

	Женщины с нДСТ (n=27)	Женщины без нДСТ (n=82)	P
Регургитация на легочной артерии	13 (48%)	30 (37%)	0,69
Аортальная регургитация	9 (33%)	15 (18%)	0,34
Митральная регургитация	19 (70%)	43 (52%)	0,23
Трикуспидальная регургитация	15 (56%)	28 (34%)	0,77
Фиброз аортального клапана	10 (37%)	23 (28%)	0,07
Кальциноз аортального клапана	8 (30%)	15 (18%)	0,53
Склероз корня аорты	23 (85%)	45 (55%)	0,24
Склероз аортального клапана	9 (33%)	25 (30%)	0,52
Фиброз аортального клапана	12 (44%)	16 (20%)	0,08
Фиброз митрального клапана	14 (52%)	20 (24%)	0,27
Кальциноз митрального клапана	8 (30%)	10 (12%)	0,50

Выводы:

1. В обследованной выборке треть женщин имели признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

2. Представленные результаты свидетельствуют о клинически значимых изменениях функции и структуры сердца у постменопаузальных пациенток с нДСТ.

3. При оценке эхокардиографических маркеров ремоделирования у пациенток с дисплазией соединительной ткани и без неё различия выявлены как в линейных, так и в объёмных показателях.

4. В обследованной группе пациенток постменопаузального периода ни в одном случае не выявлены критерии дезадаптивного ремоделирования миокарда.

Список литературы:

1. Недифференцированные дисплазии соединительной ткани (проект клинических рекомендаций). // *Терапия*. – 2019. – Т. 7 – С. 9–42

2. Antunes M. Undifferentiated connective tissue disease: state of the art on clinical practice guidelines // *RMD open*. – 2019. – Т. 4. – №. Suppl 1. – P. 786.

3. Beighton, Peter H., Rodney Grahame, and Howard Bird. *Hypermobility of joints*. Springer Science & Business Media, 2011.

4. Glesby M. J. Association of mitral valve prolapse and systemic abnormalities of connective tissue: a phenotypic continuum / M.J. Glesby, R.E. Pyeritz // *Jama*. – 1989. – Т. 262. – №. 4. – С. 523-528.

УДК 616.151.514-056.7

**Шерстобитов Г. Н., Емполова Е. С., Куприянова И. Н.
ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ЦАРЕВИЧА АЛЕКСЕЯ: ВЗГЛЯД ИЗ 21-ГО
ВЕКА**

Кафедра факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и
иммунологии

Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Sherstobitov G. N., Empolova E. S., Kupriyanova I. N.
THE STORY OF THE DISEASE OF TSAREVICH ALEXEY: VIEW
FROM THE 21ST CENTURY**

Department of faculty therapy, endocrinology, allergology and immunology
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: hhugo5151@gmail.com

Аннотация. В статье приведена реконструкция клинического случая острого гемофилического гемартроза у царевича Алексея Николаевича Романова, предложена тактика ведения на основании современных клинических рекомендаций по диагностике и лечению гемофилии.

Annotation. The article presents the reconstruction of a clinical case of the acute hemophilic hemarthrosis of Tsarevich Alexei Nikolaevich Romanov, proposed conducting tactics based on modern clinical guidelines for the diagnosis and treatment of hemophilia.