

ЛИТЕРАТУРА

1. Городилова, В.В. Иммунология опухолевого роста / В.В. Городилова, М.Н. Боева. – М.: Медицина, 1983. – 240 с.
2. Бронз, Б.Д. Молекулярные и клеточные основы иммунологического распознавания / Б.Д. Бронз, О.В. Рохлин. – М.: Наука, 1978. – 336 с.
3. Уманский, Ю.А. Лимфоциты и опухолевый рост / Ю.А. Уманский, В.Г. Пинчук. – Киев: Наук. Думка, 1982. – 256 с.
4. Новиков, Д.К. Противоопухолевые реакции лейкоцитов / Д.К. Новиков. – Минск: Наука и техника, 1988. – 176 с.
5. Бернет, М. Клеточная иммунология / М. Бернет; пер. с англ. Л.Б. Меклера, Е.В. Сидоровой, А.М. Оловникова; под ред. А.Е. Гурвича. – М.: Мир, 1971. – 542 с.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ДИНАМИКУ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ НА ФОНЕ ПУЛЬС-УРЕЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Отливанова О.В., Пронько Т.П., Болтач А.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Установлено, что высокая частота сердечных сокращений (ЧСС) является независимым фактором риска общей, внезапной и сердечно-сосудистой смертности [1]. Эта закономерность прослеживается как у здоровых людей, так и у пациентов с артериальной гипертензией, хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и ишемической болезнью сердца (ИБС) [2]. Предполагается, что основным механизмом взаимосвязи между высокой ЧСС и повышенной сердечно-сосудистой смертностью является механический стресс сосуда. Это способствует повреждению эндотелия, прогрессированию атеросклероза и разрыву атеросклеротической бляшки. По данным многофакторного анализа ретроспективного исследования U.E. Heidland и соавторов выявлены два независимых признака повышенной вероятности разрыва атеросклеротической бляшки: масса миокарда более 270г и ЧСС в покое более 80 ударов в минуту [3]. Поэтому принцип контроля ЧСС должен соблюдаться при лечении пациентов с различными формами ИБС.

Целью нашего исследования явилось выявление факторов, влияющих на динамику ЧСС на фоне пульс-урежающей терапии пациентов со стабильной стенокардией напряжения (СН).

Методы исследования. Нами было обследовано 98 пациентов с ИБС: СН ФК II-III. Для последующего анализа были отобраны 44 пациента с ЧСС более 70 ударов в минуту по данным ЭКГ покоя при поступлении в стационар. В динамике оценивалась ЧСС по ЭКГ в покое на фоне комплексной терапии, средняя продолжительность наблюдения составила $13 \pm 1,2$ дня. Группу обследуемых пациентов составили 25 мужчин в возрасте $60,1 \pm 5,1$ лет и 19 женщин в возрасте $69,3 \pm 4,4$ года. Все пациенты получали стандартную терапию включающую ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, нитраты, аспирин и статины.

Результаты и их обсуждение. Средняя ЧСС у исследуемых пациентов при поступлении была $83,1 \pm 1,5$ удара в минуту, при выписке –

72,9±1,4. Средняя динамика ЧСС -10,3±1,4 ударов в минуту ($p<0,0001$). По результатам динамики ЧСС пациентов разделили на 2 группы: группа А с удовлетворительным снижением ЧСС (более 10 ударов в минуту) – 23 пациента (52,3%) и группа В с не достаточным снижением или ростом ЧСС – 21 пациент (57,7%). При сравнительном анализе групп не было обнаружено разницы по возрасту и полу, функциональному классу стабильной стенокардии напряжения и тяжести сопутствующей артериальной гипертензии, таблица 1.

Таблица 1 – Клиническая характеристика пациентов

Показатель	Группа А	Группа В
Возраст, лет	65,9±2,0	62,3±2,4
Мужчины /Женщины	13 / 10	12 / 9
ССН ФК II/ ССН ФК III	69,6% / 30,4%	66,7% / 33,3%
АГ нет/I/II/III	8,7% / 4,3% / 47,8% / 39,2%	14,3% / 0% / 47,6% / 38,1%
ФК по NYHA I/II/III	30,4% / 65,2% / 4,4% $p_2<0,05$	61,9% / 38,1% / 0%
ЧСС исходная/ ЧСС при выписке	88,61±2,01 / 68,87±1,63 $p_1<0,0001$	79,29±1,79 / 77,24±2,03 $p_1=0,45$
Оперативное лечение ИБС в анамнезе	17,4% $p_2<0,05$	38,1%

Примечания: p_1 – достоверные отличия между исходными данными и данными при выписке внутри группы; p_2 – достоверные отличия между группой А и группой В.

В группе А чаще наблюдалась желудочковая и наджелудочковая экстрасистолия (43,5% против 9,5% в группе В, $p<0,05$), пациенты были более тяжелые по классу NYHA ($p<0,05$). В группе В в анамнезе чаще указывалось на оперативное лечение ИБС (38,1% против 17,4%, $p<0,05$).

В группе А пульс-урежающую терапию получали 78,3% пациентов (бета-адреноблокаторы 69,6% и дилтиазем 8,7%). В группе В лечение, направленное на урежение ЧСС получали 76,2% пациентов (бета-адреноблокаторы 66,7% и ивабрадин 9,5%). Лечение бета-адреноблокаторами в обеих группах было сопоставимо, таблица 2.

Таблица 2 – Лечение бета-адреноблокаторами в группах

Бета-адреноблокатор (средняя суточная доза)	Группа А	Группа В
Бисопролол	43,5% (6,5 мг)	38,1% (6,25 мг)
Метапролол	21,7% (60 мг)	19,1% (50 мг)
Карведилол	4,4% (25 мг)	9,5% (28,125 мг)
Итого получали бета-адреноблокаторы	69,6%	66,7%

Несмотря на схожую терапию в обеих группах, ЧСС менее 70 была достигнута в 47,8% случаев в группе А (средняя ЧСС при выписке 68,87±1,63) против всего 9,5% в группе В (средняя ЧСС при выписке 77,24±2,03). При проведении корреляционного анализа выявлена умеренной силы отрицательная корреляция динамики ЧСС с наличием у

пациентов аритмии в виде наджелудочковых и желудочковых экстрасистол ($r = -0,42$, $p < 0,01$) и с тяжестью ФК по NYHA ($r = -0,37$, $p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, лучший ответ на пульс-урежающую терапию получен у пациентов с исходно более высокой ЧСС при поступлении в стационар (группа А). Тахикардия в этой группе коррелировала с тяжестью ФК ХСН по NYHA и чаще сопровождалась экстрасистолией. Сопоставимое лечение бета-адреноблокаторами пациентов группы В с менее выраженной тахикардией при поступлении не дало значимого урежения ЧСС. Большее снижение ЧСС в ответ на терапию бета-адреноблокаторами наблюдалось у пациентов с превалированием признаков ХСН, чем выраженностью атеросклеротического поражения коронарных артерий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Singh, B.N. Morbidity and Mortality in Cardiovascular Disorders: Impact of Reduced Heart Rate / B.N. Singh // J Cardiovasc. Pharmacol. Therapeut. – 2001. - №6 (4). – P. 313–331.
2. Частота пульса и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний у российских мужчин и женщин. Результаты эпидемиологического исследования / С.А. Шальнова, А.Д. Деев, Р.Г. Органов и др. // Кардиология. – 2005. - №10. – С. 45–50.
3. Heidland, U.E. Left ventricular muscle mass and elevated heart rate are associated with coronary plaque disruption / U.E. Heidland, B.E. Strauer // J. Circulation. – 2001. – 104. – P. 1477-1482.

МЕТОД ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЦИДИВА ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

***Павловская М.А.*, Гутикова Л.В.*, Гуляй И.Э.*, Величко М.Г.**,
Колесникова Т.А.******

**УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

***УО «Гродненский государственный аграрный университет»*

****УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»*

Актуальность. В последние годы во многих странах мира наблюдается рост гормонозависимой патологии репродуктивных органов, в том числе гиперплазии эндометрия (ГЭ), с увеличением при этом доли больных репродуктивного возраста. Проблема нарастания заболеваемости ГЭ у женщин репродуктивного возраста рассматривается, прежде всего, с позиций сохранения детородной функции, а также риска развития предрака и рака эндометрия [1-3]. Поэтому особого внимания заслуживает разработка новых методов диагностики рецидивирующих форм патологии, что даст возможность предотвратить прогрессирование патологии.

Цель: разработать метод прогнозирования рецидива гиперплазии эндометрия у женщин репродуктивного возраста.

Методы исследования: Обследовано 97 женщин в возрасте от 19 до 40 лет в рамках открытого когортного проспективного сравнительного контролируемого исследования: 34 практически здоровые женщины, не имевшие когда-либо эпизодов заболеваний эндометрия (контроль-