



Противоопухолевое лечение проведено 37 (97,4%) больным, симптоматическая терапия — 1 (2,6%). Комплексная программа лечения выполнена у 19 (51,4%) больных, комбинированная программа — у 10 (27%), хирургическое лечение — у 8 (21,6%), химиотерапия — у 1 (2,7%), гормонотерапия — у 3 (8,1%).

В целом, в программе противоопухолевого лечения различные объемы хирургических вмешательств были проведены у 32 (86,5%) пациенток. Хирургические вмешательства в этой группе характеризовались частым выполнением комбинированных операций — у 13 (40,6%) больных. Средняя дли-

тельность операций составила  $149,5 \pm 7,5$  мин, операционная кровопотеря —  $539,1 \pm 21,7$  мл. Интраоперационных осложнений не было. Во время операции и в послеоперационный период показания к трансфузиям эритроцитной массы и плазмы крови были определены у 18 (56,3%) и 21 (65,6%) больных соответственно. Послеоперационные осложнения возникли у 6 (18,8%) пациенток без послеоперационной летальности.

Общая пятилетняя выживаемость составила 14% с медианой 22 мес. Пятилетняя выживаемость без прогрессии опухоли была 4% с медианой 12 мес.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009  
УДК 616.131-008.331-073

**А.Н.Кучмин, С.В.Ситников, С.А.Миронов, О.В.Якоб** — Сравнительная оценка давления в легочной артерии у пациентов со сниженным диастолическим резервом.

Снижение *диастолического резерва* (ДР) ведет к прогрессированию *диастолической дисфункции* (ДД) *левого желудочка* (ЛЖ) сердца, в частности к прогрессированию хронической сердечной недостаточности в целом. В связи с этим для поддержания адекватного сердечного выброса компенсаторно повышается давление в малом круге кровообращения, что проявляется повышением давления заклинивания в легочной артерии.

Нами проведена оценка *среднего давления* ( $DIA_{cp}$ ), *систолического давления в легочной артерии* ( $DIA_c$ ) и *среднего давления заклинивания в легочной артерии* ( $DZLA_{cp}$ ) у пациентов со сниженным ДР по данным *эхокардиографии* (ЭхоКГ).

В исследование были включены 120 пациентов кардиологических отделений 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого — 108 мужчин (90%) и 12 женщин (10%). Средний возраст группы составил  $56,8 \pm 8,2$  года. Для верификации типов ДД всем пациентам проводились ЭхоКГ и доплерографическое исследование, а также тканевая доплерография фиброзного кольца митрального клапана и цветовой М-режим.

Расчет давления в легочной артерии проводился с использованием неинвазивных эхокардиографических методов:  $DIA_c$  рассчитывалось по величине градиента трикуспидальной регургитации,  $DIA_{cp}$  — по формуле Добестани,  $DZLA_{cp}$  — с использованием показателей тканевой и импульсной доплерографии по общепринятой методике. На основании данных пробы с изометрической нагрузкой оценивался ДР. За снижение диастолического резерва принимали снижение индекса  $VE/VA$  трансмитрального потока менее чем на 30% на фоне нагрузки. Контрольную группу составили 30 человек, сходных по полу и возрасту.

Низкий ДР выявлен менее чем на 30% у 73 пациентов. Из них 49 человек имели рестриктивные II и III типы ДД, эту группу мы обозначили как группа А. У 24 пациентов, имеющих I тип ДД, также был выявлен сниженный ДР — эту группу мы обозначили как группа В. Полученные данные представлены в таблице.

При анализе данных таблицы выявлено, что в среднем в группах А и В  $DIA_{cp}$  составило  $21,8 \pm 3,2$  мм рт. ст. и было достоверно выше ( $p < 0,005$ ) по сравнению с контрольной группой, где эта величина составляла  $15,4 \pm 2,8$  мм рт. ст., систолическое давление в легочной артерии было выше, чем в контрольной группе, составляя при этом  $27,1 \pm 3,1$  и  $21,7 \pm 4,2$  мм рт. ст. соответственно, но это различие не достоверно. Давление заклинивания в легочной артерии составляло  $13,1 \pm 1,8$  мм рт. ст. и было достоверно выше ( $p < 0,005$ ), чем в контрольной группе —  $8,6 \pm 1,4$  мм рт. ст.

В группе А  $DIA_{cp}$  составляло  $23,6 \pm 3,7$  мм рт. ст. и было достоверно выше ( $p < 0,05$ ) чем в группе В и контрольной группе ( $p < 0,005$ ). Также в группе А было достоверно выше  $DZLA_{cp}$  —  $13,6 \pm 2,4$  мм рт. ст. ( $p < 0,05$ ) по сравнению с группой В и с контрольной группой ( $p < 0,005$ ). Показатели  $DIA_c$  в группе А составляли  $28,4 \pm 4,2$  мм рт. ст. и достоверно не отличались от показателей группы В, но были достоверно выше, чем в контрольной группе ( $p < 0,05$ ).

По сравнению с контрольной группой группа В имела достоверно более высокие показатели  $DIA_{cp}$  ( $p < 0,05$ ), а также  $DZLA_{cp}$  ( $p < 0,005$ ).

Скорость продвижения раннего потока в ЛЖ ( $Vp$ ) зависит от конечно-диастолического давления в левом желудочке, а следовательно



**Параметры давления в легочной артерии и скорость продвижения раннего потока в ЛЖ (V<sub>p</sub>) у пациентов со сниженным диастолическим резервом**

Показатель	Контрольная группа	НДР, n=73	Группа А, n=49	Группа В, n=24
ДЗЛА, мм рт. ст.	8,6±1,4	13,1±1,8*	13,6±2,4* <sup>ψ</sup>	11,8±1,6*
ДЛА <sub>с</sub> , мм рт. ст.	21,7±4,2	27,1±3,1*	28,4±4,2*	25,3±3,6
ДЛА <sub>ср.</sub> , мм рт. ст.	15,4±2,8	21,8±3,2*	23,6±3,7* <sup>ψ</sup>	20,4±2,8*
V <sub>p</sub> , см/с	59,4±4,8	44,8±2,4*	41,4±2,6* <sup>ψ</sup>	45,3±2,3*

**Примечания:** НДР – низкий диастолический резерв; \* (p<0,05) сравнение с контрольной группой; <sup>ψ</sup>(p<0,05), сравнение групп А и В.

но, и от давления заклинивания в легочной артерии и снижается при прогрессировании ДД ЛЖ. Анализ таблицы показывает, что у пациентов со сниженным ДР показатель V<sub>p</sub> достоверно ниже в целом по группе по сравнению с контролем, составляя 44,8±2,4 и 59,4±4,8 см/с соответственно. В группах А и В значения V<sub>p</sub> были также достоверно ниже, чем в контрольной группе.

Снижение ДР и прогрессирование ДД ЛЖ сопровождается в первую очередь повышением ДЗЛА<sub>ср.</sub> и ДЛА<sub>ср.</sub> Показатели ДЛА<sub>с</sub>

находятся в пределах нормативных значений. Так у пациентов с I типом ДД ЛЖ и сниженным ДР ДЛА<sub>ср.</sub> и ДЗЛА<sub>ср.</sub> достоверно выше, чем у пациентов контрольной группы. Выявление ДЗЛА<sub>ср.</sub> в значениях 11,8±1,6 мм рт. ст. и более, ДЛА<sub>ср.</sub> в значениях 20,4±2,8 мм рт. ст. и более, а также V<sub>p</sub> в значениях 45,3±2,3 см/с и менее у пациентов с трансмитральным потоком по типу нарушенного расслабления (I тип ДД ЛЖ) позволяет говорить о снижении у них диастолического резерва.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009  
УДК 616.33-002.2-057.36-076

**М.С.Громов, Е.А.Исламова, Т.Е.Липатова, С.В.Семенов – Клинико-лабораторные особенности некоторых кислотозависимых заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у военнослужащих по призыву.**

Изучены клинико-эндоскопические и лабораторные особенности *хронического гастрита (ХГ)* и *гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ)* у военнослужащих начального периода с целью оптимизации терапевтических мероприятий.

Обследованы 53 военнослужащих с эндоскопически позитивной ГЭРБ: 28 – осеннего призыва и курсанты первого года обучения и 25 – весеннего призыва; 65 с ХГ: 30 – осеннего призыва и курсанты первого года обучения и 35 – весеннего призыва.

При постановке диагноза ГЭРБ использовали клинические, эндоскопические, рентгенологические и морфологические методы исследования. Верифицировали ХГ на основании эндоскопических и морфологических критериев. *Helicobacter pylori* в антральном отделе желудка определяли гистобактериоскопически и методом полимеразной цепной реакции. При эзофагогастроуденоскопии

использовали качественный метод оценки типа хлоргидрии (индикаторная хромогастро-скопия с 0,3% водным раствором конго-рот). Иммунологические методы включали иммунофенотипирование лимфоцитов (CD<sub>3</sub>, CD<sub>4</sub>, CD<sub>8</sub>, CD<sub>16</sub>) с помощью проточной цитофлюориметрии на приборе «Bio Rad» (США) с использованием моноклональных антител. Уровень кортизола сыворотки крови определяли иммуноферментным методом.

Всем больным назначали комплексное лечение при эндоскопическом контроле. Терапия включала ингибитор протонной помпы – омепразол, 20 мг 2 раза в день и два антибиотика: кларитромицин, 500 мг 2 раза в сут, амоксициллин, 1 г 2 раза в сут, в течение 14 дней, затем при ГЭРБ омепразол, 40 мг/сут до 8 нед. Контролировали эрадикацию через 8 нед после лечения.

Анализ клинической картины ГЭРБ показывает, что наиболее частая жалоба паци-