

ставили 62,7 %.

4. За период 2006–2012 гг. доля сельских жителей от общего числа больных сифилисом возросла на 4,6 % и составила 39,4 %.

5. Прошедший период характеризовался уменьшением числа случаев врожденного сифилиса, который с 2011 г. не регистрировался. В то же время возросло число больных с нейросифилисом и поздними формами данного заболевания.

6. За анализируемые годы укрепилась тенденция роста активного пути выявления сифилиса медицинскими организациями, что в определенной степени связано с высоким уровнем заболеваемости ранним скрытым сифилисом (52 % в 2006 г. и 49 % в 2012 г.). Так, если в 2006 г. самостоятельно обратились к врачу 8,3 %, то в 2012 г. — лишь 5,2 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Арал, С. О. Заболевания, передаваемые половым путем: значение, определяющие факторы и последствия / С. О. Арал // Инфекции, передаваемые половым путем. — 2001. — № 5. — С. 23–27.

2. Панкратов, В. Г. Заболеваемость сифилисом среди лиц подросткового и юношеского возраста / В. Г. Панкратов, А. Л. Навроцкий // Охрана репродуктивного здоровья подростков: сб. науч.-практ. материалов / под общ. ред. Г. Шишко. — Минск: МГМИ, 2000. — С. 36–40.

УДК 616.127:616.155.194]-053.2-07

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА МИОКАРДИОДИСТРОФИИ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫМИ АНЕМИЯМИ МЕТОДОМ ТКАНЕВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ

Борейко М. Г., Краснова Е. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Н. Б. Кривелевич*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Понятие «миокардиодистрофия» (МКД) означает нарушения метаболизма в миокарде на биохимическом уровне, частично или полностью обратимые при устранении вызвавшей их причины. МКД — всегда вторичный процесс, развивающийся на фоне патологических состояний, а также физическом перенапряжении. При анемиях различного генеза, в том числе железодефицитных (ЖДА), развивается гемическая гипоксия, которая приводит к энергетическому дефициту в миокарде и развитию МКД. Трудности ранней диагностики МКД у детей связаны с отсутствием ее специфических симптомов в начальной стадии. В последние годы целый ряд исследований посвящены изучению ранних изменений функции миокарда с помощью тканевой доплерографии (ТД). Существуют основания полагать, что определение диастолической дисфункции желудочков является ранним признаком дистрофии миокарда. Как известно, систолические скорости и амплитуда движения фиброзных колец атриовентрикулярных клапанов коррелируют с глобальной сократимостью желудочков (R. G. Pai и соавт., 1991). ТД данных областей позволяет быстро, с использованием минимальных измерений определять нормальную или сниженную глобальную сократимость желудочков сердца, а также диастолическую функцию миокарда.

Цель

Изучение практических возможностей применения тканевой доплерографии для выявления нарушений систолической и диастолической функции миокарда у подростков с железодефицитными анемиями.

Материалы и методы исследования

Обследовано 34 подростка с железодефицитными анемиями и 25 здоровых детей того же возраста. Средний возраст обследованных составил 13 лет (11,0025 % ÷ 16,0075 %). Па-

циенты с анемией были разделены на 2 группы: в 1-ю группу были включены 18 подростков с признаками миокардиодистрофии на электрокардиограмме (ЭКГ) в виде нарушений процессов реполяризации — ST-T изменений (уплощенный или отрицательный зубец T, депрессия или элевация интервала ST); во 2-ю — 16 подростков без значимых изменений на ЭКГ. В контрольной группе электрокардиографических признаков миокардиодистрофии не выявлено. Эхокардиография (ЭхоКГ) (стандартная и в режиме тканевой доплерографии) проводилась на ультразвуковой диагностической системе Vivid E9 фирмы General Electric (США) секторным датчиком с частотой 3,75 МГц. Контрольный объем (5 × 8 мм) ТД размещался в латеральной и медиальной частях фиброзного кольца митрального (МФК) и трикуспидального (ТФК) клапанов. Оценивались пиковые миокардиальные скорости (Sm (см/с) — пиковая систолическая скорость; Em (см/с) — пиковая скорость раннего диастолического расслабления; Am (см/с) — пиковая скорость в фазу систолы предсердий), соотношение E/A, временной интервал — сегментарное время изоволюмического расслабления (ivrt).

Выводы

1. В группе подростков с признаками миокардиодистрофии при анализе стандартной ЭХО-КГ признаков нарушения глобальной и диастолической функции миокарда не выявлено. Лишь у одного подростка с показателем гемоглобина 54 г/л, фракция выброса (ФВ) составила 61 %, в остальных случаях ФВ колебалась в пределах 65,0025 % ÷ 70,0075 %.

2. Показатели тканевой доплерографии укладывались в норму во всех группах, однако, при анализе импульсной тканевой доплерограммы фиброзного кольца митрального клапана у пациентов 1 и 2 групп наблюдались более низкие, по сравнению с контрольной группой, значения систолического пика, свидетельствующие о начальных нарушениях продольной систолической функции (Sm ФКмк 1 группа — $7,68 \pm 0,13$ см/с; 2 группа — $8,26 \pm 0,17$ см/с; контрольная группа — $10,78 \pm 0,21$ см/с ($p < 0,001$)). Аналогичные показатели ТД фиброзного кольца трикуспидального клапана, также имели тенденцию к снижению систолической скорости, но достоверных различий во всех группах не выявлено (Sm ФКтк 1 группа — $9,89 \pm 0,15$ см/с; 2 группа — $10,01 \pm 0,19$ см/с; контрольная группа — $11,08 \pm 0,16$ см/с ($p > 0,05$)). Соотношение E/A в 1 основной группе в среднем составило $1,4 \pm 0,05$, тогда как в контрольной группе $1,7 \pm 0,08$ ($p < 0,01$), во второй основной группе статистически значимых отличий от первой и контрольной групп не выявлено ($1,5 \pm 0,06$). Время изоволюмического расслабления левого желудочка, являющегося показателем скорости начальной релаксации желудочков, имели различия. Так в основных группах отмечается некоторое удлинение ivrt – в 1 группе до $75 \pm 1,2$ мс, во 2 группе $73 \pm 1,4$ мс, в контрольной группе $69 \pm 1,2$ мс ($p < 0,01$, $p < 0,05$ соответственно). Диастолические показатели правого желудочка укладывались в норму и статистически значимых различий в группах не имели.

3. Таким образом, применение тканевой доплерографии фиброзных колец митрального и трикуспидального клапанов имеет практическое значение для ранней диагностики систолических и диастолических нарушений функции миокарда по сравнению со стандартной ЭХО-КГ. Метод достаточно прост в применении и, в отличие от компьютерной томографии и магнитно-ядерного резонанса, может проводиться одному и тому же пациенту с небольшими временными интервалами для динамического наблюдения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амосова, Е. Н. Кардиомиопатии / Е. Н. Амосова. — Киев: Книга плюс, 2007. — 216 с.
2. Петри, А. Наглядная медицинская статистика / А. Петри, К. Сэбин. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 168 с.