



БЮЛЛЕТЕНЬ  
ФЕДЕРАЛЬНОГО ЦЕНТРА  
СЕРДЦА, КРОВИ и ЭНДОКРИНОЛОГИИ им. В.А. АЛМАЗОВА

*30 лет*

## ТЕЗИСЫ

Всероссийской научно-практической  
конференции с международным участием  
"От фундаментальных исследований –  
к инновационным медицинским технологиям"

Конференция проходит при финансовой поддержке  
Комитета по науке и высшей школе Правительства Санкт-Петербурга

Санкт-Петербург  
2010

## МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ АНЕВРИЗМОЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Бабокин В.Е., Роговская Ю.В., Павлюкова Е.Н., Гладких Н.Н.\*

НИИ кардиологии СО РАМН, г. Томск, Россия

\*Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск, Россия

Образование аневризмы связывают с процессами ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) – его структурно-геометрических изменений, возникающих под действием патологического фактора. Изменение геометрических показателей обеспечивает не только общее, но и локальное нарушение сократительной функции. Предполагается, что данные процессы связаны с электрической диссинхронизацией. Однако не меньшего внимания требует изучение морфологического субстрата для данного вида нарушений.

**Целью** исследования явилось изучение зависимости нарушений локальной сократимости стенок ЛЖ от морфологического состояния миокарда у больных с хронической постинфарктной аневризмой левого желудочка.

**Материал и методы.** Изучены фрагменты миокарда (n=95), прицельно полученные из участков нарушения локальной сократимости (акинеза, гипокинеза, дискинеза) и зон нормокинеза в ходе операции вентрикулопластики по Дору от пациентов мужского пола (n=22), средний возраст 54,9±6,8, перенесших инфаркт миокарда давностью 3,98±2,3 года, осложнившийся аневризмой ЛЖ. Оценка сократительной функции миокарда проводилась до операции с помощью эхокардиографии. Гистологические срезы окрашивали гематоксилином и эозином, по Ван Гизону. На светоптическом уровне проводилась оценка выраженности лимфоцитарной инфильтрации, отека стромы, характера и выраженности миокардиосклероза, состояния кардиомиоцитов.

**Результаты и обсуждение.** В случаях нормокинеза паренхиматозно-стромальное соотношение (ПСС) было статистически значимо больше (3,43±0,86), чем в случаях дискинеза (2,56±0,63; p=0,023). В случаях акинеза величина ПСС (1,97±0,51) была статистически значимо меньше, чем в случаях нормокинеза (p<0,001), гипокинеза (3,25±1,38; p=0,008) и дискинеза (p=0,039). Однако достоверных различий в величине ПСС между зонами гипокинеза и дискинеза выявлено не было. В тоже время, между зонами гипокинеза и дискинеза регистрировались отличия по другим морфологическим параметрам. В зонах дискинеза регистрировалась умеренно выраженная дисконкомплексация мышечных волокон (1,8±0,84 балла) и мелкие комплексы жировых клеток в строме миокарда. В зонах гипокинеза подобные изменения не были зарегистрированы ни в одном из исследованных случаев. При использовании корреляционного анализа показана положительная связь выраженности перимускулярного кардиосклероза и дисконкомплексации мышечных волокон (R=0,67; p=0,005). Характер морфологических изменений миокарда не зависел от локализации патологического процесса.

**Вывод:** развитие того или иного вида нарушения сократимости миокарда зависит от величины ПСС, то есть выраженности фиброза. Наличие дисконкомплексации мышечных волокон и очагов липоматоза вероятно является одним из факторов развития дискинеза миокарда.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ СИСТЕМНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Багненко С.Ф.<sup>1</sup>, Мазуров В.И.<sup>2</sup>, Повзун А.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,

<sup>2</sup> МАПО, Санкт-Петербург, Россия

Значительная часть ревматологических пациентов страдает от выраженного болевого синдрома в суставах, приводящего к снижению трудоспособности пациента и необходимости его госпитализации. В рамках рабочего диагноза «острый суставной синдром» (ОСС) такие пациенты госпитализируются по неотложным показаниям в НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе.

Диагностика ОСС проводится с целью определения конкретной нозологической формы заболевания и своевременного начала патогенетической терапии. Нами разработан дифференциально-диагностический алгоритм, рабочий вариант которого в настоящее время применяется в клинической практике в НИИ СП. Первым этапом алгоритма является определение профиля пациента, поскольку ОСС может присутствовать при целом ряде заболеваний (неврологических, инфекционных, травматологических, онкологических и др.). Вторым этапом является дифференциальная диагностика заболеваний ревматологического профиля. На данном этапе первоначально выделяются больные с признаками воспалительной реакции и без них. Далее выполняется рентгенологическое исследование с целью выявления патогномоничных изменений и иммунологические пробы для верификации системных заболеваний соединительной ткани.