

2. Выраженное снижение ЭСР у больных ИБС. отражающее высокую степень ригидности ритма сердца, связано со значительным поражением коронарных артерий и тканевой гипоксией или ишемией миокарда, на фоне которых возникают аритмии сердца, в 35% случаев - тяжелые.

3. Множественный эхинококкоз печени,

синдромом, а также синдромом боли укуса каракуртом человека, а у трети больных полной блокадой левой ножки пучка Гиса. При лечении ПАМ *Latrodectus mactans*, утвержденным Минздравом России, в разведении С6 и другие гомеопатические препараты привели к снятию болевого синдрома укуса каракуртом человека и улучшению общего состояния больных.

Литература

1. Ахунова А.М. Бронхиальная астма при пециломикозе (клиническая, алергоиммунологическая и патоморфологическая характеристика) // Автореф. диссер. докт. мед. наук. - М., 1993. - 32 с. 2. Ахунова А.М., Шустова В.И. Клинико-иммунологическая характеристика пециломикоза // Клиническая медицина. - 1991. №3. - С. Hill 5. 3. Бессонов А.С. Цистный эхинококкоз и гидатидоз. М. - 2007. - 770 с. 4. Назыров Ф.Г., Исмаилов Д.А., Леонов Ф.Г. и др. Эхинококкоз. - Ташкент, 1999. - 208с. 5. Назыров Ф.Г., Стреляева А.В., Чебышев Н.В. Эхинококкоз органов брюшной полости и редких локализаций. - М.: ОАО «Издательство «Медицина» 2004. - 520 с. 6. Садыков В.М., Сабиров Б.У., Стреляева А.В. и др. Морфологическая характеристика жизнеспособных эхинококковых кист // IBN SINO - AVICENNA. - №1 - 2. - 2005. - С.49. 7. Чебышев Н.В., Стреляева А.В., Маленков А.Г., В.М.Садыков, Исламбеков Э.С. Эхинококкоз органов грудной полости // Медицина. - М., 2002. - 420 с. 8. Dömer J.E. Immunomodulation in the mycoses. U J. Med. Vet. Mycol. -1992. -Vol.30. -N.1 -P.157-166. 9. Marzec A., Heron I.g., Pritchard P.C et al. Paecilomyces variotii in peritoneal dialysate // J/ Clin. Microbiol. -1993. - Vol.31. -N9. - P. 2392-2395. 10. Sakamoto. Tsukasa; Gutierrez et al. Pulmonary complications of cystic echinococcosis in children in Uruguay // Pathology International. - 2005. - Vol.50. -N7. - P. 497-503.

**Малышева Н.О., Стреляева А.В.,
Абдиев Ф. Т, Мамышев О.М.,
Давидьян А.А., Садыков В.М.**

ЗНАЧЕНИЕ ЭНТРОПИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ

ГБОУ В ПО I МГМУ им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития РФ,
СамМИ

В данную работу включены результаты обследования и лечения 64 больных (основная группа) с эхинококкозом печени, находившихся в хирургическом отделении клиники Самаркандского медицинского института. Необходимо отметить, что 45 здоровые люди-доноры станции переливания крови составили контрольную группу. Общее количество исследованных лиц составило 109. Все 64 прооперированные больные по поводу эхинококкоза печени, в зависимости пред- и послеоперационной консервативной терапии, а также в зависимости изученности функционального состояния печени после химиотерапии, разделены на 2 группы:

1- группу составили 31 пациентов (в возрасте от 16 до 63 лет), которым эхинококкоз печени выполнен в плановом порядке без предварительной подготовки больных к оперативному вмешательству гепатопротекторами и которым в послеоперационном периоде не применяли химиотерапию, а также не исследовалась функциональное состояние печени в послеоперационном периоде.

2- группу составили больные (n=33) с эхинококкозом печени, которым до и в послеоперационном периоде проводилось лечение гепатопротекторами и изучалось влияние химиотерапии альбендазолом на гепатобилиарную систему.

Из 64 больных мужчин было 31 (48,43%). Женщин - 33 (51,65%)

Возраст больных колебался от 16 до 63 лет. Распределение больных на возрастные группы показало, что 95 % больных составили лица трудоспособного возраста.

Для диагностики миокардитов и инфекционно-токсических кардиопатий (ИТКП) использованы современные методы классификации, критерии

определения степени недостаточности кровообращения. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы оценивалось с помощью электрокардиографических (ЭКГ) и эхокардиографических (ЭхоКГ) методов исследования. Запись ЭКГ проводилась на одноканальном электрокардиографе ЭК 1 Т-03 М, ЭхоКГ - на аппарате Интерскан-256 фирмы Hermann с помощью линейного и конвексного датчика 5,5-7,5 МГц. Применены современные достижения МРТ, а также мультиспиральной компьютерной томографии высокого разрешения на МСКТ Somatom Emotion 6 («Siemens» (Германия)).

Клиническая часть работы базируется на выборке почти из 4-х тысяч больных эхинококкозом 96-ти больных с сердечно-сосудистой недостаточностью за счет эхинококкоза-гепциломикоза

Все данные обработаны методом стандартной вариационной статистики. Достоверность результатов оценивали по критерию Стьюдента в пределах 95-99% надежности. Проведен статистический анализ. При выполнении работы использованы все достижения гельминтологии, паразитологии, гомеопатии, фармакогнозии, хирургии [12-20].

Результаты и обсуждение. Функциональное состояние печени зависело от сегментарного поражения печени эхинококковой кистой. Сегментарное поражение печени выглядело следующим образом: II-III сегменты - 7 кист; IV-V сегменты - 17 кист; V-VI сегменты - 20 кист; VII-VIII сегменты - 32 кист, VI-VII сегменты - 22 кист. Таким образом, в печени кисты чаще всего располагались в VII-VIII сегментах (32,31%):

Таблица
1

Локализация кист в печени

Сегменты	2-3	4-5	5-6	6-7	7-8	всего
	3	8	9	13	15	48
1- группа	(3,33%)	(8,00%)	(9,09%)	(13,13%)	(15,15%)	(48,48%)
	4	9	11	10	17	51
2- группа	(0,04%)	(9,09%)	(10,10%)	(17,17%)	(51,51%)	
	7	17	20	22	32	99
Итого	(7,07%)	(17,1%)	(20,20%)	(22,22%)	(32,32%)	(100%)

Количество, а также размеры кист также влияли на функциональное состояние пораженной кистой печени. Размеры кист в печени варьировали от 4 до 20 см в диаметре: кисты до 5 см выявлены в 12; кисты до 10 см - 22; кисты до 15 см - 25; кисты более 15 см в диаметре или гигантские кисты обнаружены в 9 наблюдениях.

При оценке возраста паразитарной кисты мы придерживались классификации М. Ю. Гилевича (1990). При этом различаются 3 периода жизнедеятельности материнской кисты. В I периоде паразит живой, в кисте отсутствуют дочерние пузыри, а жидкость светлая и прозрачная. II период (мертвый паразит материнской гидатиды) характеризуется наличием в гидатиде дочерних пузырей. При ранних посмертных изменениях эхинококковая жидкость остается прозрачной. При поздних посмертных изменениях наблюдается разрушение хитиновой оболочки и дочерних гидатид, жидкость становится

бальных обеих основных групп с эхинококкозом печени еще раз подтвердил, что на изменение функционального состояния печени непосредственное влияние, несомненно, оказывает течение этого тяжелого паразитарного заболевания. В осложненном течении заболевания выявлен самый высокий процент изменения функционального состояния печени.

Так, осложненное течение заболевания выявлено у 37 (56,92%) больных. Из них у 9 (13,84%) пациентов обнаружены цистобилиарные свищи, еще у 16 (24,61%) больных наблюдалось нагноение кисты и у 2 больных 1-основной группы выявлен прорыв эхинококковой кисты в желчные протоки

Таблица 2

Состояние кист печени

№	Кисты	1-группа	2-группа	Итого
1.	Неосложненные	14(45,16%)	18 (54,54%)	32 (50 %)
2.	Осложненные			
	а) цистобилиарные свищи	5(16,12%)	3 (9,09%)	8 (12,5%)
	б) нагноение	10 (32,25%)	6(18,18%)	16(25%)
	в) прорыв в желчные протоки	2 (6,45%)	-	2(3,12%)
	Всего	31 (100%)	33 (100%)	64(100%)

тонкий показатель, характеризующий состояние сердечно-сосудистой системы. Энтропия - понятие статической механики, отражающее меру, дезорганизации системы, меру разнообразия.

Установлено, что интервалы между отдельными сердечными сокращениями (интервалы R-R) никогда не бывают абсолютно одинаковыми. Чем хуже функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, тем однообразнее ритм сердца

Выраженная патология сердца независимо от ее причины (ИБС, инфаркт миокарда) приводит к резкому уменьшению амплитуды дыхательных и медленных волн ритма, амплитуды его реакции на функциональные пробы. С углублением поражения сердца дисперсия ритма и амплитуда реакции уменьшаются. В конечном итоге картина ритма становится близкой к таковой у здорового человека с блокированной медикаментами парасимпатической нервной системой. Больное сердце как бы перестает реагировать на влияние парасимпатической системы, являющейся основным посредником в реакции здорового сердца на внешние и внутренние воздействия. Это можно рассматривать как мутной, и фиброзной капсуле могут быть выявлены кальцификаты. В III периоде происходит образование цистобилиарных свищей и нагноение гидатиды с возможным прорывом кисты (в брюшную полость, желчные протоки и т. д.).

Ретроспективный анализ исследованных нами

приспособительную реакцию сердца на изменившиеся условия работы.

Еще в начальных стадиях развития сердечно-сосудистых болезней при еще незначительном нарушении регуляции ритма обнаруживаются большие различия в характере волн ритма и его реакции на функциональные пробы, то при прогрессировании заболевания, когда функциональное состояние сердца резко ухудшается, вариабельность ответной реакции уже отсутствует.

Целью исследования явилось изучение энтропии сердечного ритма у больных ИБС.

Исследованию подверглись 190 больных ИБС и 30 практически здоровых лиц. У 140 больных была ИБС стабильная стенокардия напряжения ФК II - III, у 50 больных был острый инфаркт миокарда.

Энтропию прогнозировали по формуле Shenon:

$$i = t$$

$$H = E \cdot \log_2 p_i$$

$$I = n$$

где p - вероятность реализации события i

Обследованные были мужского пола, средний

возраст 47.2 года. У здоровых лиц по возрасту выделены 3 группы: до 45 лет, до 59 и старше 60 лет. Ригидность ритма (снижение ЭСР) резко усугубляется при коронарной недостаточности по мере старения организма. Это позволяет прийти к заключению, что независимо от тяжести процесса в коронарных артериях и мышце сердца у больных ИБС с возрастом снижаются адаптационные механизмы.

Продолжительность заболевания имела аналогичную возрасту * тенденцию, т.е. нерезкое снижение ЭСР отмечено преимущественно у лиц с небольшой продолжительностью заболевания (до 1 года).

Для каждой возрастной группы соответственно установлены следующие нормальные показатели ЭСР: $3,61 \pm 0,9$; $3,30 \pm 0,16$; $2,96 \pm 0,14$.

Расчет энтропии сердечного ритма способствует объективной оценке состояния больного, а при динамическом наблюдении позволяет прогнозировать течение и исход инфаркта миокарда.

Наиболее критическое состояние выявлено у 69-ти больных эхинококкозом, осложненным пециломикозными атипичными миокардитами (ПАМ).

Выводы

1. Количество, а также размеры кист влияли на функциональное состояние пораженной кистой печени, а также сердца. Размеры кист в печени варьировали от 4 до 20 см в диаметре: кисты до 5 см выявлены в 12; кисты до 10 см - 22; кисты до 15 см - 25; кисты более 15 см в диаметре или гигантские кисты обнаружены в 9 наблюдениях.

2. Осложненное течение эхинококкоза выявлено у 37 (56,92%) больных. Из них у 9 (13,84%) пациентов обнаружены цистобилиарные свищи, еще у 16 (24,61%) больных наблюдалось нагноение кисты и у 2 больных 1-основной группы выявлен прорыв эхинококковой кисты в желчные протоки.

3. Энтропия сердечного ритма уменьшаются с возрастом как у здоровых людей, так и у больных инфарктом миокарда. Энтропия сердечного ритма у больных инфарктом миокарда ниже чем у здоровых людей во всех возрастных группах. У больных с крупноочаговым инфарктом миокарда и ПАМ энтропия ритма тем ниже, чем больше участок поражения сердечной мышцы.

4. ЭСР является высокоинформативным показателем, отражающим тяжесть состояния больных со стенокардией напряжения ФК II - III и острым инфарктом миокарда. Уровень ригидности сердечного ритма по данным ЭСР прямо не коррелирует со степенью атеросклеротического поражения венечных артерий, а в значительной степени зависит от миокардиального компонента, включающего параметры внутрисердечной гемодинамики.

5. Эффективная реваскуляризация миокарда с помощью АКШ, как правило не сопровождается обратимостью ритма сердца (по данным ЭСР) в течение ближайшего года наблюдения. Между тяжестью острого инфаркта миокарда и показателями ЭСР существует прямая связь: низкая ЭСР (от 2,00 до 1,5 и ниже) определяет плохой клинический и жизненный прогноз.

Литература

1. Бессонов А.С. Цистный эхинококкоз и гидатидоз. Издательство ЗАО «Локус Станди» - М., 2007. - 670 с.
2. Назыров Ф.Г., Исмаилов Д.А., Леонов Ф.Г. и др. Эхинококкоз. Ташкент, 1999 - 208 с.
3. Назыров Ф.Г., Сабиров Б.У., Стреляева А.В., Маленков А.Г. и др. Эхинококкоз органов брюшной полости и редких локализаций. - М. ОАО «Издательство «Медицина» 2004. - 520 с.
4. Чебышев Н.В., Стреляева А.В. Маленков А.Г. и др. Эхинококкоз органов грудной полости // Медицина. - М., 2002. - 420 с.
5. Гудумак Е., Бабуч В., Жалбэ А. и другие. Роль бактериально-грибковой инфекции в эволюции осложненного эхинококкоза легких у детей // Вторая Московская городская конференция «Гнойно-септические заболевания у детей». Сборник материалов. - М., 2006. - С. 49-55.
6. Domer J.E. Immunomodulation in the mycoses. // Med.Vet.Mycol. -1992. Vol.30. - № 1. - P. 157-166.
7. Keramidis D., Mavridis G., Soutis M., Passalidis A. Medical treatment of pulmonary hadatidosis : complications and surgical management// Pediatr.surg.Int. 2004.Vol. 19. -N 12. -P.774-776.
8. Leighed G., Mossini A., Boggio P. et al.. Sporotrichosis lesions caused by a Paecilomyces genus fungus.// Int.J.Dermatology - 1994. - Vol/33/- №4 P.275 -276.
9. Ozvaran M.K., Ersoy Y, Uscul B., Unver E., Yalcin E., Baran R., Morice R.C. Pleural complications of pulmonary hydatid disease// Respiriology. -2004. Vol.9 -N1. - P.1 15-119.
10. Rigand R., Buttari B., Profumo E. Echinococcus granulosus-specific T-cell lines derived from patients at various clinical stages of cystic echinococcosis // Parasite Immunology. - 2004 - Vol.26. -№ 1. - P. 45-52.
11. Sakamoto, Tsukasa; Gutierrez et al. Pulmonary complications of cystic echinococcosis in children in Uruguay // Pathology International. - 2005. - Vbl.50, - №3. - P. 497-503.
12. Ахунова А.М. Лабораторная диагностика пециломикоза // Лабораторное дело. - 1991. - №4. - С. 55-58.
13. Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ. - М., 2000. - 398 с., - М., 2005. - 827с.
14. Барт Б.Я., Ларина В.И., Бродский М.С. Ремоделирование сердца и прогноз больных с хронической сердечной недостаточностью при наличии полной блокады левой ножки пучка Гиса//Российский кардиологический журнал 2011,6:4-8.
15. Clark F.The prevalence and incidence of left bundle-branch block in ambulant patients with chronic heart failure // Eur J. Suppl. - 2007. - 6(1) - P.172.
16. Tabrizi F.,Englund A.,Rosenqvist M. et al.Ivfluence of left bundle-branch block on long -term mortalive in a population with heart failure// Eur Heart J. - 2007. -28. - P.2449-2455.
17. Стреляева А.В., Гаспарян Э.Р., Терес И.В. и др. Пециломикозные атипичные миокардиты у детей и особенности их лечения//Российский кардиологический журнал 2011,5:58 - 63.
18. Патудин А.В., Терешина Н.С., Мищенко В.С., Ильенко И.Л. Биологически активные вещества гомеопатического лекарственного сырья. - М., 2009. - 588 с.
19. Патудин А.В., Мищенко В.С., Ильенко И.Л., Космодемьянский Л.В. Гомеопатические лекарственные средства, разрешенные в Российской Федерации для применения в медицине и ветеринарии. Издательство «Знак». - М., 2011. - 350 с.
20. Агеева Т.К. Гомеопатические лекарственные средства животного происхождения. Издательство «Гомеопатическая медицина». М., 2001.-228 с.