

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И РАДИОЧАСТОТНОЙ КАТЕТЕРНОЙ АБЛЯЦИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫХ ТАХИКАРДИЙ

БАБАДЖАНОВ С.А., ИМ В.М.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова», г. Ташкент, Узбекистан

Цель. Анализ результатов электрофизиологического исследования (ЭФИ) и радиочастотной катетерной абляции (РЧА) пароксизмальных суправентрикулярных тахикардий.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты ЭФИ и РЧА при различных формах суправентрикулярных тахикардий у 34 больных. Мужчин было 16 (47,1%), женщин – 18 (52,9%) человек. Возраст больных составлял от 18 до 64 лет. Пациенты с атриовентрикулярной реципрокной узловой тахикардией (АВУРТ) составили 20 (58,8%), атриовентрикулярной ринентри тахикардией – 10 (24,6%), предсердной тахикардией – 2 (5,8%), трепетанием предсердий – 2 (5,8%).

Эндокардиальное ЭФИ сердца проведено на комплексе оборудования «LabSystem Pro», «BARD» (США) радиочастотным генератором «iB11500», «St.Jude Medical» (США) с использованием диагностических электрофизиологических (6F) и абляционных катетеров (7F) «St.Jude Medical» (США).

Результаты. Успешное ЭФИ сердца и РЧА тахикардии достигнуто в 31 случае (91%). В 2 случаях у пациентов с АВРТ и заднесептальным рас-

положением дополнительного проводящего пути (ДПП) не удалось достичь полного эффекта. В 1 случае у пациента с левым латеральным ДПП потребовалась повторная абляция с хорошим клиническим эффектом. Осложнений не отмечалось.

Стандартное инвазивное ЭФИ включало измерение интервалов PA, AH, HV, комплекса QRS, длины цикла, оценку свойств ретроградного проведения программируемой желудочковой стимуляции с экстрастимулом, оценку антеградного проведения программируемой предсердной стимуляции с экстрастимулом. Проводилась оценка признаков двойного проведения в АВ-узле – «JUMP-феномен» (феномен «скачка») – удлинение интервала AH во время предсердной стимуляции с экстрастимулом.

Выводы. 1. Эндокардиальное электрофизиологическое исследование и радиочастотная абляция являются эффективным методом диагностики и лечения суправентрикулярных тахикардий.

2. Корректная диагностика механизма тахикардии должна основываться на совокупности электрофизиологических критериев и стимуляционных маневров, подтверждающих диагноз.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

БАБКИН А.П.², ПРОВОЛЬНЕВА Л.П.¹, СТЕПАНОВА Л.А.³, КОЗЛОВ Ю.С.³

¹Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи №10;

²Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко;

³Воронежская городская клиническая поликлиника №4, г. Воронеж, Россия

Введение (цели/задачи). Изучить вкусовую чувствительность к глюкозе и поваренной соли у больных с метаболическим синдромом.

Материал и методы. В исследование включены 53 больных, страдающих ожирением 1–3 стадии и артериальной гипертензией (ср. возраст больных 58,9±1,56 лет), которые проходили лечение в дневном стационаре городской поликлиники №4 г. Воронежа. По степени ожирения больные распределены на 3 группы – 27 человек страдали ожирением первой ст., 10 – второй ст. и 16 больных – третьей ст. Вкусовую чувствительность к глюкозе определяли путем последовательного нанесения растворов на переднюю поверхность язы-

ка в двукратно возрастающих концентрациях – с 0,3 до 4,8%. За порог вкусовой чувствительности к глюкозе (ПВЧГ) принимали минимальную концентрацию раствора, которая ощущалась испытуемым как сладкая. Вкусовую чувствительность к поваренной соли определяли по методике Henkin R., 1961. За порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) принимали минимальную концентрацию раствора, которая ощущалась испытуемым как соленая. Контрольную группу составили 11 человек, не страдавшие сердечно-сосудистыми заболеваниями с ИМТ<25 (ср. возраст – 46,18 ± 5,36 лет).

Результаты. ПВЧГ в контрольной группе составил $1,82 \pm 0,3\%$ раствора глюкозы и оказался ниже, чем у больных 2-й ст. ожирения – $3,2 \pm 0,5\%$ ($p < 0,05$) и 3-й ст. ожирения – $3,82 \pm 0,3\%$ ($p < 0,05$). При опросе больных выяснено, что 64% больных 1-й ст. ожирения и 83% 2-й ст. ожирения злоупотребляли сладкими блюдами в сравнении с 37% больными контрольной группы ($p < 0,05$). ПВЧПС в контрольной группе составил $0,39 \pm 0,03\%$ и оказался достоверно ниже, чем у лиц с ожирением 1,2 и 3-й ст. – $0,45 \pm 0,03$, $0,5 \pm 0,04$, $0,48 \pm 0,04$ ($p < 0,05$) соответственно. Досаливание пищи отметили 30, 22 и 50% больных 1-й, 2-й и 3-й ст. ожирения соответственно. Офисное систолическое АД у больных 1-й ст. ожирения составило $142,8 \pm 2,4$ мм рт. ст., диастолическое АД – $86,9 \pm 1,75$ мм рт.ст., 2-й ст. –

$149,6 \pm 3,9$ мм рт.ст. и $86,0 \pm 4,0$ мм рт.ст., 3-й ст. – $147,4 \pm 3,1$ мм рт.ст. и $89,1 \pm 2,9$ мм рт.ст. соответственно. В контрольной группе систолическое АД составило $124,3 \pm 2,8$ мм рт.ст., диастолическое – $83,6 \pm 2,1$ мм рт.ст. Достоверные различия у больных ожирением и контрольной группой получены по систолическому АД.

Заключение. 1. Повышение порога вкусовой чувствительности к сладкому можно рассматривать как возможную причину увеличения потребления углеводов в суточном рационе питания и развития ожирения. 2. Снижение вкусовой чувствительности к поваренной соли может свидетельствовать об увеличении суточного потребления соли и способствовать формированию артериальной гипертензии.

ДИНАМИКА ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

БАБКИН А.П.¹, ГОЛОВКО Т.В.¹, БРЕДИХИН С.В.², КОЗЛОВ Ю.С.², ГУЛАЯ Г.И.²

¹Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи №10;

²Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко;

³Воронежская городская клиническая поликлиника №4, г. Воронеж. Россия

Введение (цели/задачи). Провести динамическую оценку вкусовой чувствительности к поваренной соли при проведении комбинированной антигипертензивной терапии у больных с диабетической нефропатией.

Материал и методы. Обследованы 40 пациентов сахарным диабетом 2-го типа (ср. возраст $63,2 \pm 1,2$ лет) в сочетании с диабетической нефропатией и артериальной гипертензией. Пациенты были рандомизированы на 2 группы (по 20 человек в каждой). Пациенты первой группы в течение 2 месяцев получали фиксированную комбинацию 2-х препаратов – периндоприла 5 мг и индапамида 1,25 мг, пациенты второй группы – свободную комбинацию валсартана 160 мг и индапамида 1,25 мг ежесуточно. Больным дважды выполняли суточное мониторирование АД на аппарате АВРМ – 04 (Венгрия) по общепринятой методике. Вкусовая чувствительность к поваренной соли определялась по методике Henkin R. (1963) в модификации А.А. Некрасовой и соавт. (1986). Для тестирования использовали набор из 12 разведений NaCl от 0,02 до 2,54%, с двукратным увеличением концентрации в каждой последующей пробе. За порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) принимали наименьшую концентрацию, при которой обследуемый ощущал вкус соли. За низкий ПВЧПС принимали значения менее 0,16%, за средний – 0,16%, за высокий ПВЧПС – более 0,16% раствора NaCl. Определение ПВЧПС осуществлялось до начала лечения и по окончании терапии.

Результаты. Через 2 месяца терапии у больных первой группы САД ср. уменьшилось с $152,75 \pm 1,5$ до $128,4 \pm 0,9$ мм рт.ст. ($p < 0,001$), ДАД ср. – с $88,95 \pm 1,9$ до $75,45 \pm 0,7$ мм рт.ст. ($p < 0,01$); у больных 2-й группы – с $153,2 \pm 1,3$ мм рт.ст. до $133,7 \pm 0,9$ ($p < 0,001$) и с $89,15 \pm 1,9$ до $77,85 \pm 0,9$ мм рт.ст. ($p < 0,01$) соответственно. В первой группе больных ср. значение ПВЧПС составило 0,24 $\pm$ 0,02% до лечения, по окончании терапии – 0,18 $\pm$ 0,02% ($p > 0,05$). Количество больных с низким ПВЧПС увеличилось с 10 до 25% за счет уменьшения числа больных с низкой вкусовой чувствительностью к поваренной соли (с 45 до 25%). На большее потребление поваренной соли пациентами с высоким ПВЧПС указывает суточное выделение электролитов с мочой: у больных со ср. порогом ПВЧПС выделение Na⁺ составило $120,4 \pm 10,3$ ммоль, у больных с ПВЧПС 0,32 и более – $176,7 \pm 12,8$ ммоль, $p < 0,05$. Суточное выделение Na⁺ во второй группе у больных с ПВЧПС 0,32 и более составило $179,2 \pm 13,8$ ммоль и также было существенно больше, чем у больных с порогом 0,16–0,32% – $122,4 \pm 9,3$ ммоль, $p < 0,05$. Выявлена тенденция к снижению ПВЧПС в этой группе.

Заключение. 1. Обе комбинации лекарственных препаратов показали сопоставимый выраженный антигипертензивный эффект. 2. Выявленная динамика уменьшения порога вкусовой чувствительности к поваренной соли указывает на уменьшение потребления соли, что подтверждается снижением суточного натрийуреза.