

исследования. Пациенты I группы в течение трех месяцев принимали стандартную терапию ХСН, включавшую периндоприл, бисопролол, спиронолактон и аторвастатин по 10 мг/сут. Пациенты II группы дополнительно в течение трех месяцев на фоне стандартной терапии принимали Флавоноид – токсонидин (Венорм) в суточной дозе 20 мг/сут.

Результаты исследования. Положительная динамика систолической функции ЛЖ во IIA и IIB группах отражалась на параметре ФВ и степени укорочения переднезаднего размера ЛЖ в систолу. Именно во IIA группе через 3 месяца лечения с комбинированной терапией ХСН с дополнительным применением антиоксиданта токсонида ФВ и ΔS увеличился на 19,1% ($P < 0,001$) и 15,6% ($P < 0,01$) и во IIB группе – на 16,9% ($P < 0,01$) и 13,9% ($P < 0,05$) по отношению к исходным данным. Результаты анализа диастолической функции левого желудочка у больных с ХСН было установлено, что за 3 месяца лечения наблюдалось достоверное уменьшение времени изоволевического расслабления ЛЖ (IVRT) – в IA и в IB – на 25,6% ($P < 0,01$) и 25,1% ($P < 0,05$). Дальнейший анализ параметров диастолической функции ЛЖ у больных с ХСН в динамике стандартной терапии ХСН показал достоверное уменьшение максимальной скорости потока периода позднего наполнения (PA) через 3 месяца лечения на 15,4% ($P < 0,01$), 16,2% ($P < 0,05$) соответственно в IA и IB группах. Данные изменения сопровождались выраженной динамикой скорости раннего диастолического наполнения ЛЖ (PE) на 13,8% в IA группе исследования по отношению к исходным данным ($P < 0,05$). Вышео-

писанные изменения в свою очередь отражались увеличением PE/PA соотношения в IA и IB группах на 14,8% ($P < 0,01$) и 12,6% ($P < 0,05$) соответственно. Результатами анализа диастолической функции левого желудочка у больных с ХСН в динамике стандартной терапии ХСН с дополнительным применением антиоксиданта токсонида было установлено, что за 3 месяца лечения наблюдалось достоверное уменьшение времени изоволевического расслабления ЛЖ (IVRT) во IIA на 25,6% ($P < 0,001$), а также IIB группе – на 25,1% ($P < 0,01$). Дальнейший анализ параметров диастолической функции ЛЖ у больных с ХСН на фоне стандартной терапии ХСН с дополнительным применением антиоксиданта токсонида, показал достоверное уменьшение максимальной скорости потока периода позднего наполнения (PA) через 3 месяца лечения на 24,4% ($P < 0,001$), 22,2% ($P < 0,01$), соответственно в IIA и IIB группах. Данные изменения сопровождались выраженной динамикой скорости раннего диастолического наполнения ЛЖ (PE) на 18,8% в IIA группе исследования по отношению к исходным данным ($P < 0,001$). Вышеописанные изменения в свою очередь отражались увеличением PE/PA соотношения во IIA и IIB группах на 17,8% ($P < 0,001$), 14,5% ($P < 0,01$) соответственно.

Заключение. Сочетание периндоприла, бисопролола, спиронолактона и аторвастатина с антиоксидантом – токсонидином увеличивает эффективность базисной терапии больных с ХСН, что отражается на улучшении диастолической функции ЛЖ как при сохраненной, так и при сниженной ФВЛЖ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ С ПРОВЕДЕНИЕМ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С УМЕРЕННЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

АТРОЩЕНКО Е.С., КОШЛАТАЯ О.В., РОМАНОВСКИЙ Д.В., СУДЖАЕВА О.А., ОСТРОВСКИЙ Ю.П., СИДОРЕНКО И.В.

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск. Беларусь

Цель работы. Изучить отдаленную эффективность ресинхронизирующей терапии с проведением хирургической коррекции атриовентрикулярной недостаточности у пациентов с умеренными клиническими проявлениями хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы. В исследование включены 30 пациентов с ХСН II ФК тяжести (NYHA) и выраженной левожелудочковой дисфункцией миокарда с проведением хирургической коррекции атриовентрикулярной недостаточности с имплантацией бивентрикулярных электростимуляторов. Критерии включения в исследование: ишемическая или дилатационная кардиомиопатия, ФК тяжести ХСН по NYHA II, ФВ ЛЖ менее 35%,

длительность комплекса QRS более 130 мс с наличием механической диссинхронии миокарда, подтвержденной ЭхоКГ. Критериями исключения из исследования служили: ревматический генез ХСН, аортальная регургитация выше 2-й степени.

Результаты. В группе пациентов СРТ-терапии с одномоментной коррекцией атриовентрикулярной недостаточности спустя один год после оперативного вмешательства наблюдалось уменьшение пресистолической аортальной задержки со $165,7 \pm 12,5$ до $104,6 \pm 19,1$ мсек. ($p < 0,05$), межжелудочковой задержки – с $71,1 \pm 3,97$ мсек. до $35,2 \pm 15,5$ мсек. ($p < 0,05$). У данной категории пациентов наблюдалось достоверное улучшение систолической функции ЛЖ: фракция выбро-

са левого желудочка (ФВ ЛЖ) выросла на 15% (с $21,5 \pm 1,35$ до $38,80 \pm 7,4\%$ ($p < 0,05$)), конечно-систолический объем (КСО) ЛЖ снизился с $270,8 \pm 22,47$ мл до $160,8 \pm 68,8$ соответственно ($p < 0,05$), достоверно уменьшилась степень митральной и трикуспидальной регургитации. У пациентов было выявлено достоверное улучшение показателя 6ТХ: дистанция увеличилась с $379,6 \pm 25,8$ м до $428,4 \pm 22,3$ м ($p < 0,05$). Балльный показатель КЖ уменьшился с $61,3 \pm 2,8$ до $41,1 \pm 4,2$ балла спустя 12 мес. ($p < 0,05$). По данным спировелоэргометрической пробы исходно все пациенты характеризовались низкой толерантностью к физической нагрузке (ТФН), что выражалось в низких показателях максимального потребления кислорода ($VO_{2max} < 10$ мл/кг/мин.) и уровня максимально достигнутой мощности ($W \leq 50$ Вт). Через 12 мес. отмечалось выраженное улучшение переносимости

физической нагрузки по данным спировелоэргометрии по динамике VO_{2max} ($p < 0,05$) и W ($p < 0,05$). При динамическом наблюдении прооперированных пациентов также были выявлены спировелоэргометрические предикторы эффективности ресинхронизирующей терапии у лиц с ХСН ФКII по NYHA. Ими явились: достижение в процессе нагрузки уровня систолического АД > 160 мм рт. ст.; достижение в процессе теста с нагрузкой мощности > 58 Вт; достижение в процессе нагрузки мощности $> 35\%$ от ожидаемой с учетом возраста; максимальное потребление кислорода на пике нагрузки $> 30\%$ от ожидаемого с учетом возраста.

Заключение. Сочетанный способ бивентрикулярной стимуляции сердца и коррекции атриовентрикулярной недостаточности является эффективным методом лечения пациентов с умеренными клиническими проявлениями ХСН.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

АХМАТОВ Я.Р., АБДУЛЛАЕВ Т.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан

Цель. Провести оценку функционального состояния легких у больных дилатационной кардиомиопатией правого желудочка (ДКМПпж) и идиопатической дилатационной кардиомиопатией с бивентрикулярной сердечной недостаточностью (ДКМП-биСН).

Материал и методы. Сравнивались две группы пациентов: 1 гр. – 22 больных ДКМПпж и 2 гр. – 65 больных с ДКМП-биСН. Всем больным назначалась базисная терапия, включающая в себя: β -адреноблокаторы (БАБ), ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ), сердечные гликозиды (СГ), кардиотоники, диуретики, антагонисты альдостерона, аспирин (АСК). Для оценки функции внешнего дыхания пациентов проводилась спирография с учетом показателей легочной вентиляции (дыхательный объем (ДО), резервный объем выдоха (РОВвд), резервный объем вдоха (РОВд), жизненная емкость легких (ЖЕЛ), а также индекс Тиффно.

Результаты. По данным спирометрии было установлено, что такие показатели, как ДО, РОВвд и ЖЕЛ при сопоставлении с нормативными значениями оказались сниженными как в 1 гр., так и во 2 гр. Снижение показателей спирометрии в обеих группах расценивалось нами как признак нарушения дыхательной функции. При проведении сравнительного межгруппового анализа было выявлено, что все показатели оказались ниже у больных 2 гр., однако разница не достигала уровня досто-

верности, за исключением индекса Тиффно. При проведении корреляционного анализа была установлена обратная зависимость между значениями индекса Тиффно и выраженностью хрипов в легких по ШОКС ($p = 0,000$, $t = -21,294$, $r = -0,935$), т.е. снижение индекса Тиффно сопровождалось ухудшением дыхательной функции легких. Также обратная корреляция была выявлена между значениями индекса Тиффно и уровнем Ср.ДЛА ($p = 0,000$, $t = -3,845$, $r = -0,451$), т.е. нормальные значения индекса Тиффно соответствовали нормальному уровню Ср.ДЛА. Как известно, индекс Тиффно является не только одним из диагностически значимых показателей спирометрии, но и основным маркером определения преобладания обструкции или рестрикции дыхательных нарушений. У респондентов 2 гр. индекс Тиффно был ниже нормативных значений, что, в свою очередь, свидетельствовало о преобладании у них обструктивного типа дыхательной недостаточности. Напротив, у пациентов 1 гр. индекс Тиффно соответствовал нижней границе нормы, что расценивалось нами как отсутствие дыхательной недостаточности.

Выводы. Правожелудочковая дилатационная кардиомиопатия сопровождается формированием вторичной (умеренной) легочной гипертензии и снижением параметров функции внешнего дыхания (индекс Тиффно, ЖЕЛ), свидетельствующих о преимущественно рестриктивном характере патологии (застой в малом круге кровообращения).