

между значениями ТКИМ и ТЭЖ ($r=0,66$; $p<0,001$).

Заключение:

У больных ИБС с метаболическими нарушениями и ультразвуковыми признаками жирового гепатоза выявлена концентрическая гипертрофия левого желудочка, сопровождающаяся увеличением толщины эпикардального жира с достоверным увеличением толщины комплекса интима-медиа.

ОПТИМИЗАЦИЯ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Бейлина Н. И.

ГБОУ ДПО КГМА Минздрав России

Введение (цели/ задачи):

Проблема достижения и поддержания в течение суток оптимальных цифр артериального давления (АД) у пациентов пожилого и старческого возраста остаётся актуальной несмотря на большой арсенал гипотензивных препаратов различных фармацевтических групп. Для удобства лечения пожилого больного часто используются фиксированные комбинации лекарств с однократным приемом, что в реальной клинической практике приводит к «ускользанию» эффекта к концу суток и /или чрезмерному снижению АД на фоне достижения максимальных концентраций препаратов в крови. Такие «скачки» АД не только субъективно плохо переносятся, но и являются гемодинамически неблагоприятными. Общеизвестно, что среди пациентов пожилого и старческого возраста часто выявляются атеросклеротические изменения сосудов сердца, головного мозга, нижних конечностей, сахарный диабет 2 типа (СД 2) с нарушением микроциркуляции. Препарат Билобил Форте® (KRKA) из экстракта листьев гинкго билоба, содержащий в том числе гинкголиды, билобалиды и флавоновые гликозиды, снижает способность тромбоцитов к агрегации (улучшает реологические свойства крови), несколько расширяет кровеносные сосуды, повышает устойчивость тканей к гипоксии. Наиболее выражено действие препарата на сосуды конечностей и церебральные сосуды. Таким образом Билобил Форте® нашел широкое применение в гериатрической практике, обычно хорошо переносится пациентами, не влияет на АД, частоту сердечных сокращений (ЧСС).

Материал и методы:

В исследование включены 27 пациентов, в том числе 19 женщин, средний возраст 72 ± 3 года. Условием включения были: наличие гипертонической болезни (ГБ) III стадии, 2-3 степени, отсутствие целевых цифр АД на стандартной гипотензивной терапии комбинированными препаратами, значения вариабельности для систолического АД (САД) более 15 днем и ночью, диастолического АД (ДАД) - более 14 днем, более 12 ночью. Критерии исключения: деменция, злоупотребление алкоголем, обострение язвенной болезни, необходимость приема антикоагулянтов. Всем исследуемым до и после включения в стандартную терапию гипертонической болезни Билобил Форте® 80 мг $\times$ 2 раза в сутки на 3 месяца проводилось суточное мониторирование АД (СМАД): средние величины АД (мм рт. ст.), значения показателей нагрузки давлением (%), суточный профиль АД – степень ночного снижения АД, значения вариабельности АД. Статистическая

обработка полученных результатов проводилась с помощью компьютерной программы «Statistica v.6.0».

Результаты:

Исходно пациенты имели средние величины АД в дневное время: САД- 170 ± 15 , ДАД- 100 ± 5 ; в ночное время: САД- 130 ± 10 , ДАД- 70 ± 7 . Показатели нагрузки давлением завышены у всех пациентов: для САД – днем 27%, ночью 25%, для ДАД - днем 25%, ночью 20%. Однако в течение суток у пациентов наблюдались как состояния гипертонии (АД $>140/90$ днем и АД $>125/75$ ночью), так и гипотонии (АД $>101/61$ днем и АД $>86/47$ ночью). Что выражается в следующих показателях вариабельности АД: днем для САД - 30 ± 3 , для ДАД - 16 ± 1 ; ночью для САД - 18 ± 2 , для ДАД - 14 ± 1 . По суточному ритму АД пациенты делились на *dipper* (53%) и *non-dipper* (47%). В исследуемой группе пациентов кроме ГБ имелись иные заболевания, влияющие на прогноз пациентов с ГБ: ишемическая болезнь сердца – 40%, цереброваскулярная болезнь – 35%, СД 2 – 36%. Все пациенты получали стандартную терапию сопутствующих заболеваний и ГБ комбинированными препаратами, включающими β -блокаторы, антагонисты Са каналов, ингибиторы ангиотензин превращающего фермента, мочегонные, на время назначения Билобил Форте® отменялась ацетилсалициловая кислота. Неблагоприятных реакций на назначение Билобил Форте® (80 мг $\times$ 2 раза в сутки на 3 месяца) не было выявлено. Пациенты отмечали субъективное улучшение самочувствия: уменьшение симптомов головокружения (82%), слабости (77%), головных болей (72%). Объективно изменились показатели вариабельности АД: днем для САД - 20 ± 3 , для ДАД - 15 ± 1 ; ночью для САД - 16 ± 2 , для ДАД - 12 ± 1 ($p<0.05$). При этом не было достигнуто достоверных различий ($p>0.05$) в показателях средних величин АД (САД- 160 ± 20 , ДАД- 95 ± 5 днем и САД- 125 ± 9 , ДАД- 75 ± 3 ночью) и показателей нагрузки давлением (для САД – днем 25%, ночью 25%, для ДАД - днем 24%, ночью 20%).

Заключение:

Необходимо продолжить исследования по использованию в комплексной терапии гипертонической болезни пожилых курсового лечения препаратом Билобил Форте® для коррекции вариабельности АД в течение суток.

ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОЙ АБЛАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ – ЭНДОКАРДИАЛЬНОЙ «ГОМОГЕНИЗАЦИИ АРИТМОГЕННОГО СУБСТРАТА» И РЕНАЛЬНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ

Гончарик Д. Б., Мрочек А. Г., Плащинская Л. И., Савченко А. А., Барсукевич В. Ч., Часнойть А. Р., Коваленко О. Н., Севрукевич Д. В., Персидских Ю. А.

ГУ "РНПЦ Кардиология", г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Пациенты с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) и рецидивирующей пароксизмами желудочковой тахикардии (ЖТ) имеют высокий риск разрядов ИКД и электрического шторма (ЭШ [повторных разрядов ИКД в течение суток]); частота эпизодов ЭШ достигает 10-40%. Рецидивирующие пароксизмы мономорфной ЖТ у лиц с имплантированным ИКД является показанием (класс 1В) к эндокардиальному элек-

трофизмологическому исследованию (ЭФИ) и катетерной аблации источника аритмии. Рубцы в задне-боковых отделах ЛЖ – типичная локализация субстрата мономорфной ЖТ у пациентов с ДКМП. Частота рецидивов ЖТ после эндокардиальной катетерной аблации ЖТ составляет > 50%. Причинами рецидивов при ДКМП являются гетерогенный субстрат ЖТ – множественные / меняющиеся под воздействием различных факторов круги ре-энтри, эпикардиальная локализация рубцов / ре-энтри, невозможность индукции ЖТ (> 20%) и/или картирования источника (ре-энтри) при наличии документированных пароксизмов мономорфной ЖТ (= фиксированного круг ре-энтри).

Материал и методы:

За период с 2011 по 2016 гг. на базе ГУ «РНПЦ Кардио-логия» было выполнено 323 операции имплантации кардиовертера-дефибриллятора (ИКД). Средний возраст прооперированных пациентов (73 женщины, 250 мужчин) составил $56,7 \pm 11,4$ года; из них 73 пац. (22,6%) – пациенты с идиопатической ДКМП. Эпизоды ЭШ отмечены у 27 пациентов (8,4%), у 5 из которых (18,5%) повторные разряды ИКД сохранялись, несмотря на все предпринятые терапевтические мероприятия. Пациент с наибольшим количеством ЭШ перенес 64 разряда ИКД в течение 2 недель, не смотря на все используемые меры / антиаритмические препараты (включая в/венную инфузию амиодарона, лидокаина и др.), перепрограммацию ИКД. Кроме того, у пациента также детектировались до 20-30 эпизодов спонтанной неустойчивой мономорфной левожелудочковой (ЛЖ) ЖТ в сутки и редкая желудочковая экстрасистолия (ЖЭС), преимущественно той же морфологии (< 500 /сут.). При коронарографии не выявлено стенозов коронарных артерий. При эндокардиальном ЭФИ ЖТ не индуцирована; спонтанная ЖЭС на момент выполнения ЭФИ отсутствовала. Нами было выполнено субстратное картирование ЛЖ на синусовом ритме (система Carto 3). Зона трансмуральных рубцовых изменений (амплитуда сигнала < 0,5 мВ) размером 24x 28 мм и пери-рубцовая зона не-трансмуральных изменений < 1,5 мВ выявлена в задне-латеральных базальных отделах ЛЖ. Детальное картирование зоны не-трансмурального рубца выявила 2 зоны ранних диастолических потенциалов (вблизи кольца митрального клапана) и 1 зону средне-диастолических потенциалов (внутри рубца). Вследствие невозможности картирования ЖТ пациенту была выполнена эндо-кардиальная аблация по методике «гомогенизации рубца» – серия аблаций равномерно по всей площади рубца, в т.ч. все зоны регистрации диастолических потенциалов со стороны эндокарда (потенциального субстрат «ре-энтри»). Процедура двусторонней ренальной денервацией (РДН) выполнена катетером Symplicity.

Результаты:

В ходе аблации нанесено 48 точек аблации в ЛЖ (мощность 35 Вт, темп. = 35-40°C; суммарное время 31 мин). Аблация в зоне ранне-диастолических потенциалов (1 и 2) в области кольца МК привела исчезновению средне-диастолических потенциалов в 3-й зоне (центральной зоне рубца). На момент окончания аблации в ЛЖ ЖТ не индуцировалась частой и программируемой стимуляцией (до 3-х экстрасимулов); ЖЭС отсутствовала. Нами была выдвинута гипотеза о том, что невозможность индукции ЖТ при наличии в анамнезе часто рецидивирующих пароксизмов мономорфной ЖТ свидетельствует о наличии круга ре-энтри с меняющимися

электрическими свойствами, в т.ч., возможно, вследствие преходящего повышения симпатического тонуса. Поэтому по окончании «гомогенизации рубца» ЛЖ аблация в ходе 1 операции впервые была дополнена нами ренальной денервацией: по 8 точек аблации с каждой стороны: левая и правая почечные артерии по спирали от дистальных отделов к проксимальным (из них 3 слева и 4 точки справа – дистальнее 1-й бифуркации в крупных ветвях основного ствола почечных артерий). В течение следующих 2 сут. у пациента отмечено значительное снижение АД (потребовалось в инфузии норэдреналина для поддержания АД > 90/60 мм рт.ст.) и исчезновение желудочковых аритмий. В течение 3-х сут. после аблации – спонтанное восстановление АД до исходного уровня (до аблации РДН = 120-130 / 80 мм рт.ст.). С момента аблации (на протяжении 1 мес.) у пациента не зарегистрировано ни одного эпизода ЖТ. При выполнении суточного мониторирования ЭКГ отмечена единичная (56 шт. за сутки) политопная ЖЭС.

Заключение:

Впервые продемонстрирована высокая эффективность комбинированной аблации («гомогенизация рубца» ЛЖ в сочетании с РДН в ходе 1 операции) у пациентов с ДКМП и повторными разрядами ИКД / ЭШ. Комбинация эндокардиальной «гомогенизации рубца» ЛЖ и РДН может быть использована у пациентов с ЭШ и ДКМП при невозможности индуцирования и картирования ЖТ во время ЭФИ, вероятно вследствие меняющихся свойств субстрат ре-энтри. Данная методика комбинированной аблации является менее инвазивной в сравнении с альтернативой – комбинированной эндо- и эпикардиальной аблацией ЛЖ.

ОРГАНОПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ ВАЛЬСАРТАНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Талипова Ю. Ш., Тулабаева Г. М., Хусанов А. А., Сагатов Х. М.

Ташкентский Институт Усовершенствования Врачей

Введение (цели/ задачи):

Длительное повышение артериального давления может привести к поражению органов-мишеней и развитию ряда осложнений сердечно-сосудистых осложнений, в частности гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ). Конечной целью адекватного антигипертензивного лечения больных является предотвращение осложнений (часто фатальных), возникающих при повышении АД и, следовательно, продление жизни, а также улучшение ее качества, что достигается главным образом предупреждением поражения органов мишеней. Цель. Изучить органопротективное влияние блокатора рецепторов ангиотензина I – вальсартана на регрессию электрокардиографических (ЭКГ) и эхокардиографических (ЭхоКГ) признаков ГЛЖ у больных с АГ с метаболическим синдромом.

Материал и методы:

Исследованно 35 больных (16 женщин и 19 мужчин) в возрасте 35-68 лет (средний возраст $53,3 \pm 8,5$ лет) с АГ II – III степени на фоне метаболического синдрома. Средняя длительность заболевания – $8,3 \pm 4,5$ лет. 12 больных (34,2%) получали монотерапию вальсартаном в дозе 40 мг в сутки, 15 (42,8%) – получали вальсартан по 80 мг в сутки, 8 – (22,9%) получали вальсартан по 40 мг в комбинации с индапамидом (Индап) 2,5