

ние открытого овального окна). В ходе применения систем обхода левого желудочка у пациентов отмечена положительная динамика эхокардиографических показателей перед выполнением трансплантации сердца по сравнению с исходными: рост ФВ ЛЖ до $30,8 \pm 12,3$ % ($p < 0,05$), ФВ ПЖ до $41,7 \pm 7,1$ % ($p < 0,05$), снижение КДО ЛЖ до $215,1 \pm 122,8$ мл ($p < 0,05$), КСО ЛЖ до $152,5 \pm 99,9$ мл ($p < 0,05$), систДЛА – $40,5 \pm 8,1$ mmHg ($p < 0,05$). В изученных группах не было отмечено госпитальной летальности. Длительность пребывания в отделении интенсивной терапии и реанимации после операции трансплантации сердца в основной и контрольной группах соответственно составила $7,9 \pm 2,6$ дней и $7,2 \pm 2,5$ дней ($p > 0,05$). Длительность пребывания в стационаре до выписки после операции трансплантации сердца в основной и контрольной группах соответственно составила $25,3 \pm 14,4$ дней и $28,5 \pm 6,9$ дней ($p < 0,05$).

Заключение:

Ранние результаты лечения (госпитальная летальность и длительность пребывания в стационаре) в основной и контрольной группах сопоставимы. Использование систем длительного левого обхода желудочка как «моста к трансплантации» и «моста к включению в лист ожидания» позволило эффективно снизить легочную гипертензию, уменьшить выраженность либо устранить полиорганную недостаточность и выполнить трансплантацию сердца.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ НЕИНВАЗИВНОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ КОРОНАРНЫХ КАЛЬЦИФИКАЦИЙ

Азизов В. А., Султанова М. Д.К., Садыгова Т. А.К.

Азербайджанский Медицинский Университет

Введение (цели/ задачи):

Сравнительная оценка возможностей цифровой рентгенографии (ЦР) в диагностике кальцификаций коронарных артерий с мультиспиральной компьютерной томографией (МСКТ-ангиография).

Материал и методы:

Ретроспективно проанализированы результаты исследования путем ЦР и МСКТ у 90 больных ишемической болезнью сердца. Из них 46 (51,1%) мужчин, 44 (48,9%) женщины. Средний возраст больных составил $56,7 \pm 7,5$ лет. Для оценки и тесноты связи качественных признаков в наблюдаемых группах проводили корреляционный анализ методом Пирсона.

Результаты:

Путем ЦР у 78 (86,6%) больных были выявлены кальцификации в левой нисходящей артерии (LDA), у 65 (72,2%) пациентов аналогичные изменения выявлены в левой огибающей (LCx) артерии, у 10 (11,1%) пациентов в основном стволе левой коронарной артерии (LM) и у 23 (25,6%) пациентов в правой коронарной артерии (RCA). Помимо этого у 54 (60%) пациентов отмечались кальцификации дуги аорты (AA). Поражение одного коронарного сосуда отмечалось у 26 (28,9%) пациентов, двух сосудов у 54 (60%) пациентов, трех и более у 10 (11,1%) пациентов, в общей сложности выявлено 170 случаев кальцификаций. Сравнительная характеристика

результатов ЦР и МСКТ выявила, что кальцевый индекс-КИ (Agatston score) коронарных кальцификаций выявленных на ЦР в среднем составил 381,6 HU. Согласно показателям этой шкалы риск развития ишемической болезни с такими высокими показателями намного больше, и данные пациенты относятся к группе больных повышенного риска. В ходе исследования, у ряда больных выявленные на ЦР кальцификации не получили подтверждения на МСКТ, такие результаты были расценены как ошибочные. К ним относятся один случай с LDA, 3 случая с LCx и 1 с RCA. Тщательный анализ этих ошибочных диагнозов выявил, что 3 случая были расценены как кальцинозы из-за суперэкспозиции (из них 1 случай с LMA и 2 с LCx), у 1 пациента же отмечались мелкие кальцификаты в паренхиме легкого. Все эти случаи наблюдались в латеральных проекциях из-за артефактов. Еще одним преимуществом МСКТ по сравнению с ЦР является то факт, что не визуализируемые при ЦР «мягкие» атеросклеротические бляшки визуализируются при МСКТ. Среднее число мягких кальцинатов различной плотности и локализации составило 28, а КИ – 214,2.

Заключение:

Комплексная оценка обоих методов показывает, что при ЦР лучше всего визуализируются кальцификации на LDA и AA, на втором месте LMA, далее следуют RCA и LCx.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ

Оконечникова Н. С., Болотнова Т. В.

ГБОУ ВПО "Тюменский государственный медицинский университет"

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) у больных пожилого возраста, как правило, протекает в условиях коморбидности с ишемической болезнью сердца (ИБС), а также, нередко, и с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Целью настоящего исследования явилось изучение влияния ХОБЛ на показатели суточного мониторинга АД (СМАД) у пожилых больных АГ и ИБС.

Материал и методы:

Суточное мониторирование артериального давления на «чистом» фоне проведено 55 больным АГ (эссенциальной систоло-диастолической) в сочетании с ИБС (стенокардией напряжения 2-3 ФК) и 43 больным АГ и ИБС в ассоциации с ХОБЛ (фаза ремиссии). Больные с вторичными формами АГ из исследования исключались. Артериальное давление автоматически регистрировалось каждые 15 минут – в дневное время, каждые 30 минут – в ночное время и каждые 10 минут – в ранние утренние часы (с 4 до 10 ч). Периоды дня и ночи устанавливали индивидуально для каждого пациента с учетом дневниковых записей. Оценивали средние значения систолического (САД), диастолического (ДАД) и пульсового артериального давления (ПАД) за сутки, в дневное и ночное время, индекс времени (ИВ) САД и ДАД за день и ночь, суточный индекс (СИ) САД и ДАД, отражающий степень ночного

снижения АД, величину (ВУП) и скорость утреннего подъема (СУП) АД, а также вариабельность АД (ВАД) в дневные и ночные часы.

Результаты:

Анализируя средние показатели СМАД, установлено, что у пожилых больных АГ и ИБС в сочетании с ХОБЛ наблюдались достоверно высокие показатели средненочного САД ($143,6 \pm 2,2$ мм рт.ст.) и достоверно низкие показатели среднесуточного и среднедневного ДАД ($78,8 \pm 1,5$ мм рт.ст. и $79,0 \pm 1,6$ мм рт.ст. соответственно) в сравнении с группой больных АГ и ИБС. В настоящее время большое значение придается повышению ПАД как независимому предиктору сердечно-сосудистых осложнений. В группе пожилых больных ассоциированной патологией выявлено достоверное повышение показателей ПАД за сутки ($65,0 \pm 1,2$ мм рт.ст.), в дневные ($66,6 \pm 1,2$ мм рт.ст.) и ночные часы ($67,7 \pm 1,3$ мм рт.ст.) по отношению к группе больных АГ и ИБС. При этом среднесуточное ПАД у пожилых больных ассоциированной патологией было прямо связано с уровнем систолического давления в легочной артерии ($r=0,514 \pm 0,11$, $p<0,001$). При оценке «нагрузки давлением» у пожилых больных ассоциированной патологией выявлено достоверное повышение ИВ САД в ночные часы (86,8%) в сравнении с группой больных без ХОБЛ (52,1%). При этом ИВ ДАД в дневное время был достоверно ниже у больных ассоциированной патологией (24,5%) в сравнении с группой больных АГ и ИБС (39,7%). Прогностически важным параметром СМАД в поражении органов-мишеней является степень ночного снижения АД, которая оценивается по суточному индексу (СИ). В группе больных АГ и ИБС выявлено 58,3% пациентов с нормальным суточным ритмом САД («dipper»), 21,7% пациентов с недостаточным снижением САД в ночное время («non-dipper»), 15,0% - с избыточным снижением САД в ночное время («over-dipper») и 5,0% - с повышением САД в ночное время («night-peaker»). В группе больных ассоциированной патологией распределение больных по характеру суточного профиля САД было следующим: «non-dipper» - 46,7%, «over-dipper» - 6,6%, «night-peaker» - 46,7%. При этом пациентов с нормальным суточным ритмом САД («dipper») в данной группе выявлено не было. В суточном профиле АД специального рассмотрения заслуживает его утреннее повышение. Многочисленные исследования свидетельствуют, что именно с утренним пиком АД связано большинство сердечно-сосудистых катастроф: мозговых инсультов, симптомной и бессимптомной ишемии, а также инфарктов миокарда. При анализе показателей СМАД в утренние часы было установлено, что ВУП САД и ДАД была достоверно ниже в группе больных ассоциированной патологией ($46,5 \pm 1,9$ и $33,5 \pm 1,3$ мм рт.ст. соответственно), что может быть объяснено преобладанием пациентов с нарушенным суточным ритмом АД (нон-дипперы и найт-пикеры) в этой группе. Статистически достоверной разницы по СУП АД в обследованных группах получено не было, хотя скорость утреннего подъема в той и другой группе значительно превышала нормативные показатели: для САД – меньше 10 мм рт.ст./ч, для ДАД – меньше 6 мм рт.ст./ч. В настоящее время имеется достаточно оснований рассматривать высокую вариабельность АД как независимый фактор риска поражения органов-мишеней. Анализ ВАД показал, что в группе пожилых больных ассоциированной патологией ночная вариабельность ПАД ($13,9 \pm 0,8$ мм рт.ст.) была достоверно выше, чем в группе

больных без наличия ХОБЛ ($11,6 \pm 0,6$ мм рт.ст.). Ночная вариабельность ПАД у пожилых больных ассоциированной патологией была прямо связана с массой миокарда левого желудочка ($r=0,611 \pm 0,10$, $p<0,001$), количеством эпизодов депрессии сегмента ST ($r=0,751 \pm 0,07$, $p<0,001$) и желудочковых экстрасистол за сутки ($r=0,518 \pm 0,11$, $p<0,001$).

Заключение:

Выявленные особенности влияния ХОБЛ на течение АГ у больных пожилого возраста обуславливают необходимость включения СМАД в стандарт обследования данной категории пациентов с целью раннего выявления нарушенного суточного профиля АД для подбора индивидуальной и эффективной комбинации антигипертензивных препаратов.

СТЕНТИРОВАНИЕ ВЫВОДНОГО ТРАКТА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ, КАК ЭТАП ПРИ ПОДГОТОВКЕ К РАДИКАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО

Нохрин А. В., Тарасов Р. С., Сизова И. Н., Барбараш Л. С.

ФГБНУ "НИИ КПССЗ", Кемерово, РФ

Введение (цели/ задачи):

Прогрессирующий цианоз, рецидивирующие одышечно-цианотические приступы у новорожденных, требуют активной хирургической тактики. Малый вес, задержка внутриутробного развития, недоношенность, сопутствующие пороки развития других органов, нередко являются противопоказанием для наложения модифицированного Блелок –Тауссиг шунта. В такой ситуации возможным вариантом решения проблемы является стентирование выводного отдела правого желудочка. Цель исследования: Оценить эффективность стентирования выводного отдела правого желудочка у маловесных пациентов с Тетрадой Фалло и результаты последующей радикальной коррекции.

Материал и методы:

С июня 2012 года по август 2016 оперировано 9 пациентов, в возрасте от 1 дня до 3 месяцев (в среднем $27,8$ дней). Анатомия ВПС была представлена у всех пациентов Тетрадой Фалло с гипоплазией ветвей ЛА. Показанием для стентирования ВОПЖ у новорожденных явился прогрессирующий цианоз и вес менее 3 кг. В одном случае у новорожденного на фоне закрывшегося открытого артериального протока, стентирование ВОПЖ выполняли на фоне реанимационных мероприятий, так как использование вазопростана было безуспешным. Развитие легочных артерий оценивали по ЭХОКГ - использовали распределение отклонения от нормальных значений по шкале Z-score (Calculate the z-scores Detroit data). Средние значения Z-фактора правой и левой ветвей ЛА составили соответственно $-1,69$ и $-1,75$. Градиент давления между правым желудочком и ЛА составлял в среднем ($78,34 \pm 11,58$) мм рт.ст. Индекс КДО ЛЖ площадь поверхности тела был ниже 30 мл/м², от $15,4$ мл/м² до $29,4$ мл/м², в среднем $22,8 \pm 6,2$ мл/м². Использовали биметаллические стенты.

Результаты:

Пациенты были экстубированы в первые сутки после стентирования ВОПЖ и находились в клинике от 2 до 7 дней (в среднем 3 дня). Радикальную коррекцию ТФ с эксплантацией стента выполнили у 6 пациентов, в сроки от 2,5 до 6 месяцев