

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

(в среднем через 3 месяца) после стентирования ВОПЖ. Вес пациента на момент радикальной коррекции составил более 4,5 кг, отмечалось достаточное развитие ЛЖ (индекс КДО/площадь поверхности тела $31,5 \pm 2,5$) и ветвей ЛА, что подтверждено данными ЭХОКГ и зондирования: шкалой Z-score, индексами Mc Goon, Nacata. Эксплантация стента осуществлялась без технических сложностей у всех пациентов, исходная гипоплазия ФК ЛА не позволила сохранить собственный клапан, выполнялась трансаннулярная пластика аутоперикардом. Все пациенты экстубированы в первые часы после операции, среднее время нахождения в реанимации 2,5 суток. Госпитальной летальности не было. В одном случае выполняли пликацию купола диафрагмы. Средние сроки наблюдения $3,5 \pm 1,2$ месяца. Резидуальных проблем не выявлено. Средний градиент ПЖ/ЛА составил $15 \pm 4,7$ мм рт. ст.

Заключение:

Стентирование ВОПЖ является эффективной процедурой у маловесных пациентов ТФ с прогрессирующим цианозом и создает благоприятные условия для последующей радикальной коррекции.

СТРАТИФИКАЦИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО РИСКА ТАХИАРИТМИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Фролов А. В., Вайханская Т. Г., Мельникова О. П., Гуль Л. М., Воробьев А. П.

Республиканский научно-практический центр "Кардиология"

Введение (цели/ задачи):

Выраженная левожелудочковая дисфункция (ФВЛЖ < 35%) используется как прогностический критерий и основной предиктор внезапной сердечной смерти (ВСС) во множестве проспективных рандомизированных исследований. Имплантация кардиовертера-дефибриллятора (КВД) в настоящее время является достоверно эффективным методом профилактики ВСС у пациентов с высоким риском жизнеопасных аритмий. Но из-за отсутствия общепринятых четких критериев «аритмогенности» у клиницистов возникают трудности при отборе кандидатов для первичной профилактики ВСС (имплантация КВД), применяя только критерий низкой ФВЛЖ. Можно ли выявить потенциально опасный статус пациентов ещё до первого эпизода (иногда фатального) устойчивой желудочковой тахикардии? Можно ли индивидуализировать риск-стратификацию пациентов со сниженной систолической функцией ЛЖ для первичной профилактики ВСС? Для решения этих концептуальных вопросов проведено исследование, целью которого явилась разработка индивидуализированной математической модели стратификации риска ВСС для пациентов со сниженной контрактильной функцией ЛЖ.

Материал и методы:

Обследовано 166 пациентов с систолической дисфункцией ЛЖ ишемического (после перенесенного ИМ, $n=76$) и неишемического генеза (ДКМП, $n=90$): возраст $51,2 \pm 14,3$ лет; 13681,9% мужчин; ФК ЛУНА $2,8 \pm 0,4$; ФВЛЖ $38,7 \pm 12,8\%$; период наблюдения $46,2 \pm 12,3$ месяцев. Пациентам на фоне базовой медикаментозной терапии сердечной недостаточности (СН) проведено комплексное клинико-инструментальное

обследование: эхокардиография, ХМ-ЭКГ длительностью 24 часа, 7-мин регистрация ЭКГ и телеметрия (при наличии) имплантированных устройств (СРТ, СРТ-Д, ИКД). С помощью разработанной нами программы «Интекард-77» анализировались маркеры электрической нестабильности миокарда: микровольтная альтернация Т волны (mATV), турбулентность сердечного ритма (TCP: начало - Т0 и наклон -TS), дисперсия интервалов QTd и JTd, индексы замедления (DC) и ускорения (AC) сердечного ритма.

Результаты:

В периоде наблюдения у 53 пациентов (31,9 %) зарегистрированы желудочковые тахикардические события (устойчивые ЖТ/ФЖ по данным ХМ-ЭКГ и/или девайс-телеметрии) и/или документированная ВСС, которые были приняты в качестве первичных конечных точек при бинарном логистическом регрессионном анализе. Для определения основных факторов риска, влияющих на конечные точки, проведён анализ отношения шансов (ОШ). В результате получены следующие значения: mATV > 45 мкВ: ОШ 25,5; ДИ 95% 8,8 - 71,9; TCP с патологическим Т0/TS: ОШ 19,4; ДИ 95% 7,8 - 48,0; суточное количество желудочковых экстрасистол (ЖЭС) > 1000/сут: ОШ 6,1; ДИ 95% 2,0 - 15,4; ФВЛЖ < 30%: ОШ 2,4; ДИ 95% 1,2 - 4,8; индекс замедления DC < 4,5 мс: ОШ 1,2 ДИ 95% 0,6 - 2,5 и QTd > 70 мс: ОШ 1,1 ДИ 95% 0,6 - 2,2. Выявленные предикторы включены в прогностическую классификационную модель Кокса, позволяющую оценить вероятность достижения первичных конечных точек, Прогноз считается положительным при вероятности $P > 0,5$ и отрицательным при $P < 0,5$. Параметры качества классификации: F= 47,5; Wald $\chi^2=80,2 > \chi^2_{кр}$; $p=0,0000$. Вероятность корректного положительного прогноза составила 84,6%, а вероятность корректного отрицательного прогноза – 92,1%. Отношение несогласия составило 64,2.

Заключение:

Разработанная прогностическая модель позволяет в 89,7% случаях корректно классифицировать индивидуальный риск неблагоприятных аритмических событий для пациентов с систолической дисфункцией. При низком риске ($P < 0,5$) предусматривается медикаментозная тактика профилактики ВСС с включением базовых препаратов терапии СН. Категория пациентов с высоким риском желудочковых тахикардических событий ($P > 0,5$) нуждается в имплантации КВД для первичной профилактики ВСС.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В АССОЦИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Оконечникова Н. С.

ГБОУ ВПО "Тюменский государственный медицинский университет"

Введение (цели/ задачи):

Целью настоящего исследования явилось выявление структурно-функциональных особенностей левого желудочка (ЛЖ) у пожилых больных артериальной гипертензией (АГ) в ассоциации с ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от наличия сахарного диабета (СД) 2 типа.