

(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.