

(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 маркёры 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 тахикармические 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 тахикармических 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.

Материал и методы:

Под наблюдением находились 34 пациента пожилого возраста с АГ (эссенциальной систоло-диастолической) и ИБС (стенокардией напряжения 2-3 ФК) в ассоциации с СД 2 типа. Средний возраст составил $70,9 \pm 1,9$ лет. Группу сравнения составили 40 пациентов пожилого возраста с АГ и ИБС без СД 2 типа (средний возраст – $69,8 \pm 3,0$ лет). Всем пациентам проводилось трансторакальное эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование на ультразвуковой диагностической системе «Acuson Sequoia 512» (США) в одно- и двухмерном режиме с использованием мультисекторного датчика 5V2с по стандартной методике. Определяли следующие показатели: толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП), толщина задней стенки ЛЖ (ТЗЛЖ), конечно-диастолический размер (КДР) ЛЖ. Рассчитывали массу (ММЛЖ) и индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ). Особенности геометрии ЛЖ оценивались по значениям ИММЛЖ и относительной толщины стенок (ОТС) ЛЖ. Оценку диастолической функции ЛЖ проводили с помощью импульсной доплер-ЭхоКГ из апикального доступа в 4-камерном сечении сердца с положением контрольного объема на уровне смыкания створок митрального клапана. Статистический анализ полученных результатов проводился с помощью пакета прикладных программ STATISTICA.

Результаты:

По результатам ЭхоКГ у больных АГ и ИБС пожилого возраста при наличии СД 2 типа выявлены более выраженные структурные изменения в виде достоверного увеличения КДР левого предсердия ($4,16 \pm 0,09$ см) в сравнении с больными АГ и ИБС без СД 2 типа ($3,84 \pm 0,07$ см; $p < 0,05$), что может рассматриваться как фактор риска развития мерцательной аритмии и ХСН. Также установлено достоверное увеличение ТМЖП при наличии СД 2 типа у больных АГ и ИБС пожилого ($1,35 \pm 0,05$ см) в сравнении с больными АГ и ИБС без СД 2 типа ($p < 0,05$). Средние значения ИММЛЖ значительно превышали норму у всех обследованных больных, однако в группе больных АГ, ИБС и СД 2 типа пожилого возраста ИММЛЖ был достоверно выше ($172,8 \pm 9,9$ г/м²), чем в группе больных АГ и ИБС без СД 2 типа ($p < 0,01$). Средние значения ОТС ЛЖ в группах больных АГ и ИБС пожилого возраста в зависимости от наличия СД 2 типа достоверно не отличались ($0,53 \pm 0,02$ усл. ед. и $0,51 \pm 0,01$ усл. ед. соответственно; $p > 0,05$). Наличие ремоделирования ЛЖ установлено у всех обследованных больных с АГ, ИБС и СД 2 типа. У больных пожилого возраста с АГ и ИБС без СД 2 типа достоверно чаще ($p < 0,05$) выявлялось концентрическое ремоделирование ЛЖ (17,5%) и достоверно ($p < 0,05$) реже встречалась эксцентрическая гипертрофия ЛЖ (17,5%) по сравнению с больными АГ, ИБС и СД 2 типа, у которых вариант концентрического ремоделирования ЛЖ не встречался, а концентрическая гипертрофия ЛЖ установлена в 32,4% случаев. При анализе данных доплер-ЭхоКГ диастолическая дисфункция ЛЖ отмечена у всех обследованных больных. При этом во всех группах обследованных больных существенно преобладал тип «с замедленной релаксацией» – у 31 (91,2%) пациента с АГ, ИБС и СД 2 типа и 37 (92,5%) пациентов с АГ и ИБС без СД 2 типа в пожилом возрасте. Установлено, что у больных пожилого возраста, независимо от наличия СД 2 типа, имеется выраженное замедление миокардиальной релаксации ($DT = 235,4 \pm 32,1$ мс у больных с СД 2 типа и $DT = 255,7 \pm 19,7$ мс у больных без СД 2 типа).

Заключение:

Таким образом, присоединение СД 2 типа к уже имеющимся АГ и ИБС в пожилом возрасте обуславливает структурно-функциональные особенности левого желудочка, которые выражаются в достоверном увеличении КДР левого предсердия, толщины МЖП, индекса массы миокарда ЛЖ и ремоделировании ЛЖ по типу концентрической и эксцентрической гипертрофии. Напротив, вне зависимости от наличия СД 2 типа, у больных АГ в ассоциации с ИБС в пожилом возрасте выявляется диастолическая дисфункция с преобладанием типа «с замедленной релаксацией».

**ТАК КОМУ ЖЕ ВЫПОЛНЯТЬ ЛИ ХИРУРГИЧЕСКУЮ
КОРРЕКЦИЮ УМЕРЕННОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ МИТРАЛЬНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ?
ОТВЕТ ПОСЛЕ 10-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ**

Шумовец В. В., Шкет А. П., Гринчук И. И., Курганович С. А.,
Лысенко Е. Р., Семенова Н. В., Островский Ю. П.

РНПЦ "Кардиология"

Введение (цели/ задачи):

Остается нерешенным вопрос: выполнять ли коррекцию на митральном клапане у пациентов с умеренной (2-я степень) ишемической митральной недостаточностью? В настоящее время не определены критерии, предрасполагающие регрессу митральной регургитации (МР) после изолированного коронарного шунтирования (АКШ).

Материал и методы:

Из 1403 пациента, у которых перед операцией была выявлена функциональная ишемическая митральная недостаточность от умеренной до выраженной у 509 – было выполнено только коронарное шунтирование, а у 787 – реваскуляризация миокарда дополнена пластикой митрального клапана. Проанализированы отдаленные результаты (срок 1-11,4 года) применяемых методик на основе отбора пациентов для сравнения по propensity score (190 пациентов).

Результаты:

В результате исследования выявлено, что выполнение пластики митрального клапана в сочетании с АКШ у пациентов с функциональной ишемической митральной недостаточностью существенно снижает степень митральной регургитации, но не влияет на отдаленную выживаемость и функциональный класс сердечной недостаточности в отдаленном периоде (log-rank $p = 0,894$, HR (95 % CI) 1,07; 0,54-2,1; $p = 0,82$). Пациентам с умеренно расширенной полостью ЛЖ (КДР < 65 мм, КДО < 200 мл), ФВ ЛЖ > 40 % и умеренной степенью митральной недостаточности показано выполнение изолированной реваскуляризации миокарда (хирургической или интервенционной).

Заключение:

Выполнение пластики митрального клапана в сочетании с коронарным шунтированием по сравнению с изолированной реваскуляризацией миокарда у пациентов с умеренно расширенной полостью ЛЖ и умеренной степенью ишемической митральной недостаточности достоверно не приводит к улучшению 1-, 5- и 10-летней выживаемости.