

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.