

ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Петров В. С.

ФГБУ ВО РязГМУ Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

В лечении ревматических пороков сердца (РПС) на фоне прогресса интервенционной кардиологии и новых методов хирургического лечения отсутствуют четкие и понятные рекомендации по медикаментозной терапии развивающейся у пациента хронической сердечной недостаточности (ХСН). Целью работы была оценка подходов к лечению пациентов в реальной клинической практике.

Материал и методы:

Было обследовано 123 человека с ХРБС, средний возраст пациентов был $57,56 \pm 0,98$ года; мужчин - 25,2% (31 пациент) и женщин - 74,8% (92 пациентки), находившихся на лечении областном кардиологическом диспансере. Для оценки функционального класса (ФК) ХСН проводилась с помощью теста 6 минутной ходьбы по стандартной методике. Эхокардиография (ЭХОКГ) выполнялась на аппарате «ACUSON Cypress» (Siemens Medical Solutions USA, inc., США) с оценкой линейных размеров сердца, градиентов давления на клапанах и патологических потоков в полостях сердца. ЭКГ выполнялось на аппарате «CARDIOVIT AT-2» (Shiller, Швейцария).

Результаты:

По результатам ЭХОКГ наиболее частым вариантом порока была комбинация митрального и аортального стеноза в сочетании с недостаточностью митрального (МК), аортального (АК) и трикуспидального (ТК) клапанов – 36,8%, вторым по частоте был митральный стеноз с недостаточностью МК, АК и ТК – 27,6%, третьим по распространенности - недостаточность МК, АК (нередко в сочетании с недостаточностью ТК) – 21,1%, на четвертом месте оказался аортальный стеноз с недостаточностью АК и МК – 14,5%. В последних двух случаях диагноз ХРБС может быть дискуссионным. Только 32 (29,9%) пациента были прооперированы: у 6 выполнена комиссуротомия, у 26 протезирование (в трех случаях – биопротезы), в т.ч. в 8 случаях в сочетании с пластикой ТК. В среднем, с момента операции до начала исследования прошло $7,5 \pm 1,4$ года. Возраст больных ($58,14 \pm 1,49$ - оперированные и $56,26 \pm 1,3$ - неоперированные), размеры полостей сердца, результаты теста 6 мин ходьбы ($359,92 \pm 14,3$ – оперированные и $355,5 \pm 18,25$ – неоперированные) достоверно не различались. Вероятно, отсутствие значимых изменений между этими группами больных связано с более тяжелым изначальным состоянием пациентов, направляемых на операцию. При оценке ЭХОКГ и клиники ХСН выявлено 26 пациентов (21,1%), нуждающихся в направлении на консультацию к кардиохирургу. Частота назначения лекарственных препаратов по поводу ХСН была следующая: иАПФ – 73,3%, βАБ – 60,0%, сердечные гликозиды (дигоксин) – 62,7%, спиронолактон – 73,3%, петлевые диуретики (фуросемид) – 32%, аспирин – 63%, амиодарон – 7,4%, верапамил – 4,6%. Из βАБ чаще использовался метопролол тартрат – 66,7%, а не рекомендуемый сукцинат, реже бисопролол – 16,7%, карведилол – 5,6% и небиволол 5,6%. Из иАПФ чаще использовался эналаприл – 52,2% и периндоприл – 23,9%, реже лизиноприл – 17,4% и фозиноприл – 4,3%.

Несмотря на высокую частоту фибрилляции предсердий и наличие инсультов у ряда больных варфарин назначался только больным с протезированными клапанами. Из неоперированных пациентов с ФП для профилактики острого нарушения мозгового кровообращения получал варфарин только один пациент.

Заключение:

Таким образом, имеет место недостаточная активность терапевтов и кардиологов в направлении пациентов на хирургическую коррекцию порока. Медикаментозная терапия в целом соответствует действующим рекомендациям.

ТРИДЦАТИЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА ФНЦ ТИО ИМ. АК. В.И. ШУМАКОВА

Шевченко А. О., Готье С. В., Попцов В. Н., Саитгареев Р. Ш., Захаревич В. М., Шумаков Д. В.

ФНЦ Трансплантологии и искусственных органов
им. В.И. Шумакова, Москва

Введение (цели/ задачи):

Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов (ФНЦТИО) им. ак. В.И. Шумакова – ведущий Российский трансплантологический центр нашей страны с 30-летним опытом трансплантации сердца (ТС), в котором настоящее время производится более половины всех ТС, выполняемых в стране. Исследование проводилось с целью выполнить сравнительный анализ 30-дневной и 5-летней выживаемости реципиентов трансплантированного сердца, оперированных в разные годы.

Материал и методы:

Изучена выживаемость 656 больных терминальной декомпенсированной сердечной недостаточностью, оперированных в ФНЦТИО им. ак. В.И. Шумакова в 1986-2004, 2005-2008, 2009-2011, 2012-2014 и 2015-2016 годах. Для оценки и сравнительного анализа выживаемости использованы метод Каплана-Мейера и пропорциональная модель Кокса.

Результаты:

В период с марта 1986 г. по июнь 2016 г. 656 больным было выполнено 679 ТС, из них – 23 ретрансплантации сердца, из них 225 (34,3%) умерли, судьба 13 (2,0%) больных неизвестна, 418 (63,7%) живы. Общий анализ смертности за весь период показал, что 25% всех летальных исходов развивалось в течение первой недели после операции. Выявлено существенное снижение смертности в течение 1-х суток после оперативного вмешательства - 0,086, 0,057, 0,038, 0,035 и 0,006 в периоды 1986-2004, 2005-2008, 2009-2011, 2012-2014 и 2015-июнь 2016, соответственно. Выживаемость больных в течение первых 30-ти дней была самая низкая в 1986 по 2004 и 2005-2008 гг. ($0,71 \pm 0,04$ и $0,71 \pm 0,07$, соотв., различия недостоверны), достоверно улучшилась в 2009-2014 ($0,88 \pm 0,03$, по сравнению с периодом 2005-2008 относительный риск (ОР) снизился в 1,9 раз, 95%ДИ 1,01-4,05, $p=0,04$), и в период с января 2015 по июль 2016 ($0,92 \pm 0,02$, при сравнении с предыдущим периодом $p=0,04$). Пятилетняя выживаемость среди оперированных в период 1986-1991 гг. составила $0,34 \pm 0,08$, в

1992-2004 гг. – 0.49 ± 0.08 , в 2004-2008 гг. – 0.67 ± 0.09 , в 2009-2012 гг. – 0.85 ± 0.12 (все различия статистически достоверны, $p < 0.05$). Сравнение 5-летней выживаемости в периоды 1986-1991 гг и 2009-2012 гг показало снижение ОР смерти в 3.9 раз (95% ДИ 1.8-4.4, $p = 0.01$). Анализ прогностически значимых факторов показал, что по сравнению с периодом 1986-2004, в 2012-2016 гг достоверно увеличилось количество ежегодно выполняемых операций ТС (5.6 ± 3.9 против 93.5 ± 12.0 , соотв., $p < 0.001$), возраст реципиентов (35.2 ± 11.6 против 46.7 ± 13.7 , соотв., $p = 0.01$), возраст доноров (31.3 ± 8.8 против 39.1 ± 11.0 , $p = 0.02$).

Заключение:

Результаты исследования свидетельствуют о том, что ТС является эффективным способом лечения терминальной сердечной недостаточности. Несмотря на значительное увеличение количества проводимых операций, более тяжелый клинический статус реципиентов сердца и расширение критериев органного донорства, на протяжении трех десятилетий отмечается значительное снижение периоперационной смертности и улучшение 5-летней выживаемости реципиентов трансплантированного сердца, что обусловлено совершенствованием организации донорства, улучшением качества оперативного лечения, а также и изменением протоколов иммуносупрессии и модернизацией протоколов ведения пациентов в отдаленном послеоперационном периоде.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА Q-НЕГАТИВНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Септа И. Г.¹, Благоразумова Е. О.¹, Септа В. Д.²

¹ГБУЗ СК Ставропольская краевая клиническая больница,

²ГБУЗ СК Ставропольская краевая клиническая больница,

²ФГБОУ ВО "СГМУ" Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: продемонстрировать возможности тканевого доплеровского исследования при диагностике острого Q негативного инфаркта миокарда при его атипичном и стёртом течении.

Материал и методы:

Пациент С., 54 г., поступил в кардиологическое отделение ГБУЗ СК «СККБ» с диагнозом ИБС. При обследовании на стандартной ЭКГ в 12 отведениях выявлено незначительное нарушение процессов реполяризации в боковой стенке левого желудочка (низкоамплитудные положительные зубцы Т V5-V6). На дополнительном ЭКГ по Небу, в отведении Dorsalis были зарегистрированы зубец Q - 0,02 сек. и отрицательный зубец Т, в отведении Anterior - двухфазный зубец Т. Эхокардиография проводилась на ультразвуковом сканере PHILIPS 33I.

Результаты:

По данным эхокардиографии в В и М режимах выявлены зоны гипокинезии в задне-боковом базальном, задне-боковом, срединном и нижнем срединном сегментах левого желудочка, снижение показателя выброса до 48%. Цветное картирование трансмитрального кровотока зарегистрировало наличие 2-3 степени митральной недостаточности, что позволило предположить вовлечение в процесс повреждения задне-папиллярную мышцу с развитием дисфункции ми-

трального клапана. Выяснение причины недостаточности митрального клапана важны для дальнейшей тактики лечения и корреляции прогноза заболевания. В связи с этим, пациенту было проведено тканевое доплеровское исследование, выявившее более тёмное окрашивание за счет замедления скоростных показателей, выше перечисленных сегментов и основания задне-медиальной папиллярной мышцы, что свидетельствовало об ишемической этиологии недостаточности МК. Использование импульсно тканевого картирования выявило снижение систолической скорости в задне-боковом базальном сегменте до 3.8 см/сек., задне-боковом срединном сегменте до 2.3 см/сек., в нижнем срединном и основании задне-медиальной папиллярной мышце до 2.6 см/сек., что свидетельствовало в пользу ишемической этиологии митральной недостаточности. В экстренном порядке пациенту была проведена коронарография, выявившая окклюзию правой коронарной артерии с последующим ее стентированием. Дальнейшее проведение эхокардиографии в динамике, отмечало улучшение сократительной функции миокарда с увеличением показателя ФВ до 51%, уменьшение степени митральной регургитации до 1-2 ст., увеличение скорости нижнем срединном сегменте и основании задне-медиальной мышце до 2.9 см/сек., что указывало на гибернацию миокарда в данном сегменте.

Заключение:

Таким образом, разностороннее использование современных методик функциональной и ультразвуковой диагностики позволяет распознавать сложные случаи ИМ, что, в сочетании с новейшими методами лечения, улучшает прогноз заболевания и качество жизни пациента.

УТРАТА ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ГРАДИЕНТА АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ КАК МАРКЕР РАННЕГО ПОРАЖЕНИЯ СОСУДИСТОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Старостина Е. С., Рохас Т. Э., Троицкая Е. А., Кобалава Ж. Д.

Российский университет дружбы народов

Введение (цели/ задачи):

Риск сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа выше, чем в общей популяции. Артериальный градиент жесткости – новый прогностический показатель смертности ранее изучавшийся лишь у пациентов с ХБП, находящихся на гемодиализе. Цель исследования: изучить параметры артериальной ригидности и градиент жесткости у больных сахарным диабетом с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

В исследование включено 55 пациентов с АГ и СД (38% мужчин, средний возраст $61,6 \pm 12,7$ лет), среднее АД $142,5 \pm 25,5 / 82,7 \pm 10,7$ мм.рт.ст. Все пациенты получали комбинированную антигипертензивную терапию, 7,27% больных получали статины. целевое АД ($< 140/85$ мм рт.ст.) достигнуто у 52,7% больных. Целевой уровень HbA1c достигнут у 10,9% больных. Центральное АД и СРПВ измеряли методом аппланационной тонометрии (SphygmoCorAtCor). Рассчитана СРПВ на каротидно-бедренном (КБ) и каротидно-лучевом (КЛ) сег-