

чина смерти больных с ревматоидным артритом (РА), что обусловлено быстрым развитием атеросклероза на фоне активного воспалительного процесса. Стандартные факторы риска ССЗ не обеспечивают адекватную стратификацию больных с РА по риску. Высокая артериальная ригидность (АР) – независимый предиктор сердечно-сосудистого риска в разных группах пациентов. Исследование АР и оценка новых маркеров риска ССЗ – сердечно-лодыжечного сосудистого (СЛСИ) и лодыжечно-плечевого (ЛПИ) индексов у пациентов с РА позволят изучить состояние сосудистого русла и оценить риск ССЗ. Цель исследования: изучить характеристики АР и субклинического атеросклероза у пациентов с РА.

Материал и методы:

Обследовано 42 пациента с РА (EULAR 2010 г.), 67% женщин, средний возраст $59,7 \pm 15,2$ лет, 14% курящих, 60% с АГ, среднее АД $132 \pm 19/80 \pm 10$ мм рт.ст., 39% с ожирением, 47% с дислипидемией. Медиана длительности РА 9 лет [интерквартильный диапазон (IQR) 3-17], серопозитивный РА выявлен в 42% случаев. Все пациенты получали базисную противовоспалительную терапию (БПВП), 20% – генно-инженерные биологические препараты. У всех пациентов оценивали уровень вЧСРБ и ревматоидного фактора (РФ). Центральное АД и СРПВ оценивали методом апplanationной тонометрии (SphygmoCorAtCor). У 18 пациентов измеряли ТИМ сонных артерий и оценивали наличие атеросклеротических бляшек с использованием УЗ высокого разрешения и измеряли СЛСИ и ЛПИ (VaSera 1500). Повышением АР считали увеличение клинического пульсового давления (ПД) >60 мм рт.ст., СРПВ >10 м/с и СЛСИ >9 . Преклинический атеросклероз определяли как снижение ЛПИ $<0,9$ и повышение ТИМ $>0,9$. Результаты считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты:

Медиана СРБ составила 13 мг/дл [IQR 3-24 мг/дл], медиана РФ – 32 ед/мл [IQR 8-165 Ед/мл]. Среднее ПД составило $43,8 \pm 16,2$ мм рт.ст. Повышение ПД >60 мм рт.ст. отмечено у 8 (19%) пациентов. Средняя СРПВ составила $9,8 \pm 3,4$ м/с. Повышение СРПВ >10 м/с выявлено у 17 (40%) пациентов. Средний СЛСИ справа составил $7,7 \pm 1,4$. Повышение СЛСИ >9 выявлено у 4 (8,9%) пациентов. Средний ЛПИ справа составил $1,1 \pm 0,1$. Понижения ЛПИ $<0,9$ не выявлено. У 18 пациентов проанализирована распространенность высокой АР при использовании различных критериев. Одновременное повышение СРПВ и ПД выявлено у 6 (33%), повышение СРПВ и СЛСИ – у 3 (17%), а повышение ПД и СЛСИ – у 1 (5%). Медиана ТИМ справа составила 0,8 [IQR 0,6-0,9], слева 0,8 [IQR 0,5-1,1], Повышение ТИМ $>0,9$ мм с обеих сторон выявлено у 4 (22%) пациентов. Изолированное повышение ТИМ при нормальных показателях АР выявлено у 2 (11%). В целом сочетание повышенной ТИМ и любого показателя АР выявлено у 7 (38%), сочетание повышенной ТИМ и СРПВ – у 3 (17%), повышенных ТИМ и СЛСИ – у 4 (22%) и повышенных ТИМ и ПД – у 1 (6%). Пациенты с повышенной ТИМ сонных артерий характеризовались более высокими ИМТ ($30,5 \pm 4,7$ и $24,6 \pm 4,2$ кг/м²) и параметрами АР (СРПВ $9,5$ м/с (IQR 8,3-14,7 м/с) и 7 м/с (IQR 6,7-7,5 м/с); индекс прироста (ИП) по ЧСС 75 уд/мин 18,0% (IQR 9-27%) и 7,0% (IQR 5-10%) амплификация ПД $116,7 \pm 7,7$ и $139 \pm 20,1$ % соответственно, $p < 0,05$ для всех различий). Обнаружены достоверные положительные корреляции ТИМ с ИМТ ($r=0,69$), СРПВ ($r=0,65$), ИП по ЧСС 75 уд/мин ($r=0,58$), отрицательная корреляция с амплификацией ПД ($r=-0,49$). Регрессионный

анализ не выявил предикторов повышения ТИМ.

Заключение:

Маркеры повышенной артериальной ригидности у пациентов с РА, получающих БПВП, встречаются чаще маркеров атеросклероза. Частота выявления артериальной ригидности зависит от используемых диагностических методов. Увеличение ТИМ $>0,9$ мм ассоциировано с высокой артериальной ригидностью.

ХАРАКТЕРНЫЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Курбанов Н. А., Цой И. А., Давирова Ш. Ш.

Республиканский специализированный центр кардиологии

Введение (цели/ задачи):

Цель: Оценить частоту встречаемости и сложность нарушений ритма сердца, а также характер патологических изменений электрокардиограммы (ЭКГ) у больных с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Материал и методы:

Обследовано 274 больных ДКМП ср. возраст $38,5 \pm 0,7$ лет. Всем больным проводились: ЭКГ, холтеровское ЭКГ-мониторирование (ХМЭКГ), эхокардиография, рентгенокардиометрия и тест 6-минутной ходьбы (ТШХ) с определением функционального класса (ФК) сердечной недостаточности (СН) по NYHA.

Результаты:

Анализ данных ЭКГ и ХМЭКГ показал, что наиболее часто встречающимися ЭКГ-признаками при ДКМП являются следующие: отсутствие нарастания амплитуды зубца "R" и глубокий зубец "S" в правых грудных отведениях (V1-V4), а также высокий зубец "R" в левых грудных отведениях (V5-V6) встречалось 124 (45%) больных. Неспецифические нарушения реполяризации в отведениях V5-V6 наблюдались у 174 (64%), причем отрицательный зубец "T" встречался у 152 (55%) больных. Наиболее характерными нарушениями проводимости в миокарде были: полная блокада левой ножки пучка Гиса (ЛНПГ) – у 47 (17%) больных, которая встречалась в 3 раза чаще, чем блокада правой ножки пучка Гиса (ПНПГ) – 16 (6%) случаев ($p < 0,001$). АВ-блокада I степени в контрольном периоде наблюдали у 22,3% больных. У 5 (1,8%) больных фиксировалась преходящая АВ блокада II степени, у 8 (3%) пациентов на фоне прогрессирования СН развилась полная АВ блокада III степени. У 44 (16%) больных были выявлены патологические зубцы Q или QS. У 53 (19,3%) пациентов при первичном обращении была выявлена постоянная и у 27 (9,8%) пациентов – пароксизмальная форма фибрилляции предсердий (ФП). В 2 (4,2%) случаях постоянная форма ФП перешла в брадисистолическую форму с развитием пауз, что потребовало имплантации ЭКС. Желудочковые нарушения ритма сердца по данным ХМЭКГ встречались у 208 (76%) больных, в т.ч. у 178 (65%) – имела место желудочковая аритмия высоких градаций. У 44 (16%) пациентов при первичном обращении определялась неустойчивая форма желудочковой тахикардии, в т.ч. у 8 (3%) лиц имела устойчивая форма ЖТ, которая купировалась методом электрической кардиоверсии. Наджелудочковая пароксизмальная тахикардия встречалась в

4 (1,5%) случаях, эпизоды ускоренного нижнепредсердного ритма наблюдались всего лишь у 2 (0,7%) пациентов.

Заключение:

Таким образом, установлены ЭКГ признаки ДКМП: отсутствие нарастания амплитуды зубца «R», глубокий зубец «S» в правых грудных отведениях (V1-V4) и высокий зубец «R» в левых грудных отведениях (V5-V6) (45,2%) с нарушением фазы реполяризации. Патологический псевдо-Q зубец определяется в 16% случаев, чаще встречалась блокада ЛНПГ (17%), нежели блокада ПНПГ (6%).

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ ГКМП: МИОСЕПТЭКТОМИЯ ИЛИ МИТРАЛЬНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ?

Одинцов В. О., Шкет А. П., Андрушук В. В., Спиридонов С. В., Комиссарова С. М., Щетинко Н. Н., Островский Ю. П.

ГУ РНПЦ "Кардиология"

Введение (цели/ задачи):

Цель работы. Сравнить гемодинамическую и клиническую эффективность миосептэктомии (МСЭ) и митрального протезирования в устранении обструкции и сопутствующей недостаточности митрального клапана (МК) у пациентов с обструктивной гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП).

Материал и методы:

83 последовательных пациента (55,4% мужчин, средний возраст $49,8 \pm 14,5$ лет), оперированных с декабря 2007 г. по октябрь 2015 г. Средняя величина пикового систолического градиента (ПСГ) в выходном тракте левого желудочка (ВТЛЖ) составила $80,7 \pm 22,3$ мм. рт. ст. 70% пациентов находились в III и IV ФК NYHA. Выраженная (3+ - 4+ ст.) митральная регургитация (МР) выявлена у 75,9% пациентов. Феномен SAM МК регистрировался в 86,7% случаев. В группу 1 вошли 47 пациентов, которым выполнялась МСЭ +/- пластика МК (из них 23 – изолированная МСЭ). Группу 2 составили 36 пациентов, которым выполнялось протезирование МК +/- МСЭ (из них – 8 случаев изолированного протезирования МК).

Результаты:

Контрольные эхо-исследования показали достоверное ($p=0,001$) снижение ПСГ в ВТЛЖ ($14,9 \pm 9,6$ мм рт. ст. в группе 1 и $11,3 \pm 9,5$ мм рт. ст. в группе 2), митральной регургитации ($\leq 2+$ ст.) в обеих группах без достоверных различий между ними как в раннем послеоперационном периоде, так и в отдаленные сроки. В послеоперационном периоде не регистрировалось значимого (> 1 ст.) SAM. Изолированная расширенная МСЭ ($n=39$) явилась эффективной в 59% случаев ($n=23$); в 41% потребовалась повторная остановка сердца для выполнения вмешательства на МК. Достоверно меньшая масса ($M_0=1,3$ гр.) иссеченного миокарда ($p=0,003$) регистрировалась у пациентов группы 2 (исключая случаи протезирования МК без МСЭ) в сравнении с группой 1 ($M_0=5,5$ гр.). Недостаточно радикальная МСЭ может приводить к неполному устранению обструкции ВТЛЖ и потребовать дополнительно протезирования МК ($n=6$). Период наблюдения – $41,6 \pm 25,8$ мес. (min. 4; max. 98). 90,1% пациентов находятся в I-II ФК NYHA ($p<0,001$). Кумулятивная 7-летняя выживаемость достоверно ниже ($p=0,005$) в группе 2: 77% против 100% в группе 1. Все летальные исходы ($n=7$, из которых 2 госпитальных и 5 от-

даленных) произошли в группе 2 (у двух пациентов смерть наступила по протезозависимой причине). 12 случаев нефатальных протезозависимых осложнений зарегистрировано в отдаленном (или госпитальном, $n=2$) периоде у 11 пациентов этой группы. В группе 1 в отдаленном периоде у 2-х пациентов развились признаки возврата обструкции ВТЛЖ. Первый из них реоперирован через 4,5 года в связи с выраженными клиническими проявлениями обструкции ВТЛЖ. Одна пациентка группы 1 повторно оперирована в связи с развившейся через 1 год после расширенной МСЭ недостаточностью аортального клапана вследствие выраженного фиброзирования створок.

Заключение:

Как радикальный метод хирургического лечения обструктивной ГКМП, протезирование МК ставится под сомнение значительным числом осложнений, реализующихся главным образом в отдаленные сроки, поэтому показания к нему должны быть строгими, а техника выполнения первичной МСЭ – прецизионной. Митральное протезирование показано ряду пациентов с сопутствующей МР дегенеративного характера, когда пластика не может быть проведена вследствие выраженных морфологических изменений клапана, либо в случаях, когда первоочередные хирургические процедуры не приводят к разрешению обструкции ВТЛЖ. Сохранение нативного МК позволяет избежать протезозависимых осложнений и улучшает отдаленную выживаемость. Изолированная расширенная МСЭ ассоциирована с отличной отдаленной выживаемостью и отсутствием необходимости в пожизненной антикоагулянтной терапии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МАССИВНОЙ ДВУХСТОРОННЕЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Колтунов А. Н., Лищук А. Н., Шкловский Б. Л., Корниенко А. Н., Бровко Л. Е., Есион Г. А., Колтунова Т. Ю.

ФГБУ "З ЦВКГ им. А.А. Вишневского" Минобороны России

Введение (цели/ задачи):

Тромбоэмболия легочной артерии – сложная клиническая проблема, решение которой зависит от комплексного интегративного подхода к диагностике и лечению заболевания. Смертность при ТЭЛА достигает 30%, однако адекватная тактика ведения пациента в зависимости от риска ранней смерти, своевременное хирургическое лечение позволяет снизить этот показатель до 2-8%.

Материал и методы:

Представлено описание успешного хирургического лечения больного с массивной двухсторонней тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА) с поражением долевых и сегментарных ветвей, тромбозом правого предсердия и открытым овальным окном.

Результаты:

На фоне тяжелого состояния больного, нарастающей легочно-сердечной недостаточности быстро развился циркуляторный коллапс с последующей остановкой сердца. Реанимационные мероприятия проводились одновременно с подключением аппарата искусственного кровообращения во время подготовки пациента к экстренной тромбэмболизмии (ТЭЭ). Важным моментом в данном случае явилась доопера-